

R. Horacio
Etchegoyen
Los fundamentos
de la técnica
psicoanalítica

Tercera edición, revisada y aumentada



Amorrortu/editores

R. Horacio Etchegoyen

Los fundamentos
de la técnica
psicoanalítica

Amorrortu editores

Índice general

11	Introducción y reconocimientos
17	<i>Primera parte. Introducción a los problemas de la técnica</i>
19	1. La técnica psicoanalítica
30	2. Indicaciones y contraindicaciones según el diagnóstico y otras particularidades
44	3. Analizabilidad
57	4. La entrevista psicoanalítica: estructura y objetivos
66	5. La entrevista psicoanalítica: desarrollo
76	6. El contrato psicoanalítico
91	<i>Segunda parte. De la transferencia y la contratransferencia</i>
93	7. Historia y concepto de la transferencia
102	8. Dinámica de la transferencia
112	9. Transferencia y repetición
124	10. La dialéctica de la transferencia según Lacan
137	11. La teoría del sujeto supuesto saber
144	12. Las formas de transferencia
158	13. Psicosis de transferencia
167	14. Perversión de transferencia
178	15. Transferencia temprana: 1. Fase preedípica o Edipo temprano
189	16. Transferencia temprana: 2. Desarrollo emocional primitivo
200	17. Sobre la espontaneidad del fenómeno transferencial
208	18. La alianza terapéutica: de Wiesbaden a Ginebra
219	19. La relación analítica no transferencial
228	20. Alianza terapéutica: discusión, controversia y polémica
236	21. Contratransferencia: descubrimiento y redescubrimiento
248	22. Contratransferencia y relación de objeto
259	23. Contratransferencia y proceso psicoanalítico
	<i>Tercera parte. De la interpretación y otros instrumentos</i>
273	24. Materiales e instrumentos de la psicoterapia
284	25. El concepto de interpretación
295	26. La interpretación en psicoanálisis
312	27. Construcciones
326	28. Construcciones del desarrollo temprano
342	29. Metapsicología de la interpretación

355	30. La interpretación y el yo
366	31. La teoría de la interpretación en la escuela inglesa
381	32. Tipos de interpretación
396	33. La interpretación mutativa
417	34. Los estilos interpretativos
433	35. Aspectos epistemológicos de la interpretación psicoanalítica. <i>Gregorio Klimovsky</i>
457	<i>Cuarta parte. De la naturaleza del proceso analítico</i>
459	36. La situación analítica
470	37. Situación y proceso analíticos
479	38. El encuadre analítico
491	39. El proceso analítico
499	40. Regresión y encuadre
514	41. La regresión como proceso curativo
526	42. Angustia de separación y proceso psicoanalítico
543	43. El encuadre y la teoría continente/contenido
553	<i>Quinta parte. De las etapas del análisis</i>
555	44. La etapa inicial
564	45. La etapa media del análisis
576	46. Teorías de la terminación
587	47. Clínica de la terminación
597	48. Técnica de la terminación del análisis
607	<i>Sexta parte. De las vicisitudes del proceso analítico</i>
609	49. El insight y sus notas definitorias
619	50. Insight y elaboración
633	51. Metapsicología del insight
645	52. Acting out (I)
656	53. Acting out (II)
666	54. Acting out (III)
682	55. Reacción terapéutica negativa (I)
692	56. Reacción terapéutica negativa (II)
707	57. La reversión de la perspectiva (I)
717	58. La reversión de la perspectiva (II)
724	59. Teoría del malentendido
738	60. Impasse
753	Epílogo
757	Referencias bibliográficas

Introducción y reconocimientos

No es fácil escribir un libro y menos, puedo asegurarlo, un libro de técnica psicoanalítica. Al preparar este me di cuenta de por qué hay muchos artículos sobre técnica pero pocos libros.

Freud presentó sus imperecederos escritos al comienzo de los años diez, pero nunca llegó a escribir el texto muchas veces prometido. *La interpretación de los sueños* habla largamente de técnica, lo mismo que las obras de Anna Freud y Melanie Klein sobre el psicoanálisis de niños, pero nadie los considera, y con razón, libros de técnica. Tampoco lo son *Análisis del carácter* y *El yo y los mecanismos de defensa*, a pesar de que influyeron decididamente en la praxis del psicoanálisis, como también lo hizo diez años antes *The development of psycho-analysis* (1923), donde Ferenczi y Rank abogaron militantemente por una práctica en que la emoción y la libido tuvieran su merecido lugar.

El solitario volumen de Smith Ely Jelliffe, *The technique of psycho-analysis*, publicado en 1914, y que tradujo de la segunda edición inglesa al castellano en 1929 nada menos que Honorio Delgado, es sin duda el primer libro sobre la materia; pero ha sido olvidado y nadie lo tiene en cuenta. Yo lo leí en 1949 (¡hace treinta y seis años!) y hace poco lo repasé con la premeditada intención de citarlo, pero no encontré cómo hacerlo.

Si se exceptúa este monumento abandonado, el primer libro de técnica es el de Edward Glover, *The technique of psychoanalysis*, que se editó en 1928. Glover dictó un curso de seis conferencias sobre el tema en el Instituto de Psicoanálisis de Londres, que aparecieron en el *International Journal of Psycho-Analysis*, de 1927 y 1928 y en seguida en forma de libro. Antes, en verdad, en 1922, David Forsyth había publicado *The technique of psychoanalysis*, que no tuvo mayor trascendencia y yo sólo conozco por referencias bibliográficas.

Un curso similar al de Glover dictó Ella Freeman Sharpe para los candidatos de la Sociedad Británica en febrero y marzo de 1930, que publicó el *International Journal* (volúmenes 11 y 12) con el título de "The technique of psychoanalysis". Estas excelentes clases se incorporaron después a sus *Collected papers*.

En 1941 Fenichel publicó su *Problems of psychoanalytic technique*, que desarrolla y expande su valioso ensayo de 1935, donde había recogido los aportes de Reich y de Reik, criticándolos penetrantemente. El de Fenichel es de verdad un libro de técnica, ya que se ubica con nitidez en esa área, abarca un amplio espectro de problemas y registra las principales inquietudes de su época.

Un lustro después apareció *Technique of psychoanalytic therapy* (1946), de Sandor Lorand, obra concisa y clara, que trata brevemente los problemas generales y se dedica especialmente a la técnica en los diferentes cuadros psicopatológicos.

Tras un largo interregno Glover se decidió a ofrecer en 1955 una segunda edición de su obra, que mantiene la línea general de la primera, si bien la amplía y la armoniza con los avances de la teoría estructural de Freud. Puede afirmarse que esta edición es el libro de técnica de Glover por antonomasia, un clásico que, como el de Fenichel, ha tenido duradera influencia en todos los estudiosos.

Siguiendo a Glover viene Karl Menninger con su *Theory of psychoanalytic technique* (1958), que Fernando Cesarman tradujo al castellano, donde se estudia con lucidez el proceso analítico en las coordenadas del contrato y la regresión.

Los psicoanalistas argentinos contribuyeron a lo largo de los años con artículos importantes de técnica, pero sólo con un libro, los *Estudios sobre técnica psicoanalítica* de Heinrich Racker, que se publicó en Buenos Aires en 1960. Entre otros temas, esta obra desarrolla las originales ideas del autor sobre la contrasferencia. A veinticinco años de su publicación, hoy puede afirmarse que los *Estudios* son una contribución perdurable y los años fueron mostrando su creciente influencia —no siempre reconocida— en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo; pero, por su carácter de investigación, no llegan a conformar un libro de técnica, un texto completo, a pesar de lo cual, sin duda por sus excelencias, en muchos centros psicoanalíticos se los ha utilizado como tal. (Reconociendo sus méritos, Karl había invitado a Heinrich a la Clínica Menninger como *Stoan visiting professor* en 1960; pero Racker declinó la invitación porque en esos días le habían diagnosticado el cáncer que lo llevó a la muerte.) La valiosa obra *Lenguaje y técnica psicoanalítica* (1976a), de nuestro recordado David Liberman, presenta las originales ideas del autor, y en especial su teoría de los estilos, sin que llegue a ser, ni se lo proponga, un libro de técnica.

A los *Estudios* sigue un intervalo de más de un lustro hasta que aparece *The technique and practice of psycho-analysis* (1967), donde con su reconocida erudición Ralph R. Greenson aborda un grupo de temas fundamentales, como la transferencia, la resistencia y el proceso analítico en un primer tomo promisorio; y es por cierto una pena que este esfuerzo haya quedado a mitad de camino, ya que el gran analista de Los Angeles murió antes de terminarlo.

Mientras Greenson presentaba su texto como vocero autorizado de la *ego-psychology*, aparecía en Londres *The psychoanalytic process* (1967), donde Donald Meltzer recoge en forma original y rigurosa el pensamiento de Melanie Klein y su escuela. Si bien esta pequeña obra maestra no abarca todos los problemas de la técnica, nos presenta esclarecimientos importantes con relación al desarrollo del proceso analítico entendido en el marco de la teoría de las posiciones y de la identificación proyectiva.

Como los argentinos, los analistas franceses han contribuido con importantes trabajos de técnica pero con pocos libros. Yo conozco el *Guérir avec Freud* (1971) de Sacha Nacht, donde este influyente analista expone sus principales ideas, sin llegar a escribir un tratado, lo que tampoco es, por cierto, su propósito. Otra contribución es el libro 1 del seminario de Jacques Lacan, titulado *Les écrits techniques de Freud*, dictado en 1953 y 1954 y publicado en 1975, donde este original pensador lleva adelante una profunda reflexión sobre el concepto de yo. En las antípodas de Nacht, el jefe de *L'Ecole freudien* impugna la concepción del yo de Anna Freud y de Hartmann, a la que contrapone su concepto de sujeto; pero la técnica del psicoanálisis para nada está en su mira.

Un manual breve y conciso donde se tratan la gran mayoría de los problemas de la técnica es el de Sandler, Dare y Holder, *The patient and the analyst* (1973), que se presentó simultáneamente en castellano en una inteligente traducción de Max Hernández. Pulcro y claro, escrito con un gran acopio bibliográfico, donde todas las escuelas psicoanalíticas tienen su sitio, no falta por cierto en este manual la opinión personal de Sandler, destacado discípulo de Anna Freud, teórico vigoroso y lector infatigable.

Con esta recorrida sobre los pocos textos publicados, he querido sin duda justificar la aparición de este libro; pero también definirlo como un intento de abarcar, si no todos, buena parte de los problemas de la técnica psicoanalítica, tratándolos con detenimiento y ecuanimidad.

Mi propósito es ofrecer al lector un panorama completo de la materia en su problemática actual, con las líneas teóricas que la recorren desde el pasado hasta el presente y desde este hacia el futuro como podemos ahora imaginarlo. Sigo por lo general un método histórico para exponer los temas, viendo cómo surgen y se desarrollan los conceptos y cómo se van anudando y precisando las ideas, mostrando también cómo a veces se difuman o se confunden. El conocimiento psicoanalítico no siempre sigue una línea ascendente y no es sólo el fruto del genio de unos pocos sino también del esfuerzo de muchos. Cuanto más leo y releo, cuanto más pienso y observo al analizado en mi diván, menos inclinado me siento a las posiciones extremas y dilemáticas y más lejos me mantengo del eclecticismo complaciente y de la defensa cerrada de las posiciones escolásticas. Al final he llegado a convencerme que la defensa a todo trapo de las ideas viene más de la ignorancia que del entusiasmo y como aquella por desgracia me sobra y este todavía no me falta, lo uso para leer más y disminuir mis falencias. Me gusta a veces decir que soy un kleiniano fanático para que no me confundan; pero la verdad es que Klein no necesita ya que nadie la defienda, como tampoco lo necesita Anna Freud. Cuando leo los textos polémicos de los años veinte puedo identificarme con aquellas dos grandes pioneras y apreciar tanto su elevado pensamiento como sus humanas ansiedades, sin sentirme ya en la necesidad de tomar partido.

Como la mayoría de los autores, pienso que la unión de la teoría y la técnica es indisoluble en nuestra disciplina, de modo que en cuanto nos internamos en un área pasamos sin sentirlo a la otra. En cada capítulo he tratado de mostrar de qué forma ambas se articulan, y a lo largo del libro he procurado, asimismo, que se aprecie cómo los problemas se agrupan y se influyen entre sí. Esto me ha resultado más sencillo, creo yo, porque el libro se escribió como tal y sólo por excepción algún trabajo previo pasó a integrarlo.

Tal vez valga la pena contarle brevemente al lector cómo se gestó esta obra. Desde el comienzo de mi carrera analítica en la década de 1950, me sentí atraído por los problemas de técnica. Cuando a alguien le gusta una tarea se interesa por la forma de hacerla. Tuve la fortuna de realizar mi análisis didáctico con Racker, que en esos años estaba gestando la teoría de la contratrasferencia, y me reanalicé después con Meltzer, cuando escribía *El proceso psicoanalítico*. Creo que estas propicias circunstancias reforzaron mi imprecisa afición inicial, lo mismo que las horas de supervisión con Betty Joseph, Money-Kyrle, Grinberg, Herbert Rosenfeld, Resnik, Hanna Segal, Marie Langer, Liberman, Esther Bick y Pichon Rivière a lo largo de los años.

En 1970 empecé a dictar Teoría de la técnica, para los candidatos de cuarto año de la Asociación Psicoanalítica Argentina, y seguí después la misma tarea en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Tuve suerte, porque los alumnos se mostraron siempre interesados por mi enseñanza y, con el correr del tiempo, con ellos, y de ellos, fui aprendiendo a descubrir los problemas y a enfrentar las dificultades. El Instituto de Formación Psicoanalítica de mi Asociación comprendió este esfuerzo y asignó un espacio mayor a la asignatura, que ahora ocupa un seminario en los dos últimos años. El estímulo generoso de alumnos y discípulos, amigos y colegas, me fue haciendo pensar en escribir un libro que resumiera esa experiencia y pudiera servir al analista para reflexionar sobre los problemas apasionantes y complejos que forman la columna vertebral de nuestra disciplina.

Con el paso de los años mi enseñanza se fue despojando de todo afán de catequesis, en la medida que fui capaz de distinguir entre la ciencia y la política del psicoanálisis, esto es, entre las exigencias inalterables de la investigación psicoanalítica y los compromisos siempre contingentes (aunque no necesariamente desdenables) del movimiento psicoanalítico. Si este libro llega a tener algún mérito será en cuanto ayude al analista a encontrar su propio camino, a ser coherente consigo mismo aunque no piense como yo. He cambiado más de una vez mi forma de pensar y no descarto que mis analizados, de los que siempre aprendo, me lleven todavía a hacerlo más de una vez en el futuro. Sólo aspiro a que este libro sirva a mis colegas para encontrar en sí mismos el analista que realmente son.

Decidida ya la tarea, pensé cuidadosamente si no sería en realidad más conveniente buscar colaboradores y componer con ellos un tratado. Amigos para ello no me faltan y de esa forma podría alcanzarse una es-

pecialización más estricta y una profundidad a la que no puede aspirar una sola persona. Decidí finalmente, sin embargo, sacrificar estos atra-yentes objetivos a la unidad conceptual del libro. Me propuse mostrar cómo pueden entenderse coherentemente los problemas, sin el amparo del eclecticismo o la disociación. No dejé de tener en cuenta, por otra parte, que tratados de ese tipo se escribieron últimamente varios (y muy buenos) bajo la dirección de Jean Bergeret, León Grinberg, Peter L. Giovacchini, Benjamin B. Wolman, etcétera. La única excepción es, también, para un hombre excepcional, Gregorio Klimovsky, que escribe el capítulo 35, «Aspectos epistemológicos de la interpretación psicoanalítica», sin duda el mejor ensayo que conozco sobre el tema.

Cuando me puse a escribir no pensé, por cierto (¡y por suerte!) que el proyecto me iba a llevar más de cinco años, y sólo ahora me doy cuenta de lo necesario que fue el aliento y la confianza de mis hijos Alicia, Laura y Alberto, y mis hijos políticos Cristina Berisso y Ramón Torres Loyarte, lo mismo que el intercambio con mis amigos Benito y Sheila López, Elena Evelson, León y Rebe Grinberg, Rabiñ, Polito, Cvik, Guiard, Reggy Serebriany, Elizabeth Bianchedi, Painceira, Zac, Guillermo Maci, Sor, Wender, Berenstein, María Isabel Siquier, Yampey, Gioia y el siempre recordado David Liberman, entre muchos otros, tanto como el estímulo a distancia de Weinshel, María Carmen y Ernesto Liendo, Zimmermann, Pearl King, Limentani, Lebovici, Janine Chasseguet-Smirgel, Blum, Green, Yorke, Grunberger, Vollmer, Virginia Bicudo, Rangell y muchos más.

A mis discípulos los quisiera nombrar uno por uno, porque los recuerdo en este momento y les debo mucho. Nada puede compararse, sin embargo, con la presencia permanente de Élida, mi esposa, que nunca se cansó de alentarme y me acompañó de veras en esas largas horas en que se redacta y vuelve a redactar y en los duros momentos en que se lucha en vano por pensar lo que se quiere escribir y por escribir lo que se ha logrado pensar. Más que dedicárselo, debería haberla reconocido como co-autora. Reina Brum Arévalo, mi secretaria, realizó eficazmente y con cariño su ardua tarea —sin angustia y sin enojo, como diría Strachey—. A todos, ¡muchas gracias!

Buenos Aires, 2 de febrero 1985.

Primera parte. Introducción a los problemas de la técnica

1. La técnica psicoanalítica

1. Delimitación del concepto de psicoterapia

El psicoanálisis es una forma especial de psicoterapia, y la psicoterapia empieza a ser científica en la Francia del siglo XIX, cuando se desarrollan dos grandes escuelas sobre la sugestión, en Nancy con Liébeault y Bernheim y en la Salpêtrière con Jean-Martin Charcot.

Por lo que acabo de decir, y sin ánimo de reseñar su historia, he ubicado el nacimiento de la psicoterapia a partir del hipnotismo del siglo XIX. Esta afirmación puede desde luego discutirse, pero ya veremos que tiene también apoyos importantes. Se afirma con frecuencia y con razón que la psicoterapia es un viejo arte y una ciencia nueva; y es esta, la nueva ciencia de la psicoterapia, la que yo ubico en la segunda mitad del siglo pasado. El arte de la psicoterapia, en cambio, tiene antecedentes ilustres y antiquísimos desde Hipócrates al Renacimiento. Vives (1492-1540), Paracelso (1493-1541) y Agripa (1486-1535) inician una gran renovación que culmina en Johann Weyer (1515-1588). Estos grandes pensadores, que promueven, al decir de Zilboorg y Henry (1941), una *primera revolución psiquiátrica*, traen una explicación natural de las causas de la enfermedad mental pero no un concreto tratamiento psíquico. A Paracelso asigna Frieda Fromm-Reichmann (1950) la paternidad de la psicoterapia, que asienta a la vez —dice ella— en el sentido común y la comprensión de la naturaleza humana; pero, si fuera así, estaríamos frente a un hecho desgajado del proceso histórico; por esto prefiero ubicar a Paracelso entre los precursores y no entre los creadores de la psicoterapia científica. Con el mismo razonamiento de Frieda Fromm-Reichmann podríamos asignar a Vives, Agripa o Weyer esa paternidad.

Tienen que pasar todavía cerca de tres siglos para que a estos renovadores los continúen otros hombres que, ellos sí, pueden ubicarse en los albores de la psicoterapia. Son los grandes psiquiatras que nacen con y de la Revolución Francesa. El mayor de ellos es Pinel y a su lado, aunque en otra categoría, vamos a ubicar a Mesmer: son precursores, aunque no todavía psicoterapeutas.

En los últimos años del siglo XVIII, cuando implanta su heroica *reforma hospitalaria*, Pinel (1745-1826) introduce un enfoque humano, digno y racional, de gran valor terapéutico en el trato con el enfermo. Más adelante, su brillante discípulo Esquirol (1772-1840) crea un tratamiento re-

gular y sistemático en que confluyen diversos factores ambientales y psíquicos, que se conoce desde entonces como tratamiento moral.

El *tratamiento moral* de Pinel y Esquirol, que estudió críticamente Claudio Bermann en las ya lejanas *Jornadas de Psicoterapia* (Córdoba, 1962), mantiene aún su importancia y frescura. Es el conjunto de medidas *no físicas* que preservan y levantan la moral del enfermo, especialmente el hospitalizado, evitando los graves artefactos iatrógenos del medio institucional. El tratamiento moral, sin embargo, por su carácter anónimo e impersonal, no alcanza a ser psicoterapia, es decir, pertenece a otra clase de instrumentos.

Las audaces concepciones de Messmer (1734-1815) fueron extendiéndose rápidamente, sobre todo desde los trabajos de James Braid (1795-1860) hacia 1840. Cuando Liébeault (1823-1904) convierte su humilde consultorio rural en el más importante centro de investigación del hipnotismo en todo el mundo, la nueva técnica, que veinte años antes había recibido de Braid, un cirujano inglés, nombre y respaldo, se aplica al par como instrumento de investigación y de asistencia; Liébeault la usa para mostrar «la influencia de la moral sobre el cuerpo» y curar al enfermo; y es tal la importancia de sus trabajos que la ya citada obra de Zilboorg y Henry no vacila en ubicar en Nancy el comienzo de la psicoterapia.

Aceptaremos con un reparo esta afirmación. El tratamiento hipnótico que inaugura Liébeault es personal y directo, se dirige al enfermo; pero le falta todavía algo para ser psicoterapia; el enfermo recibe la influencia curativa del médico en actitud totalmente pasiva. Desde este punto de vista más exigente, el tratamiento de Liébeault es, pues, personal, pero no *interpersonal*.

Cuando Hyppolyte Bernheim (1837-1919), siguiendo la investigación en Nancy, pone cada vez más énfasis en la *sugestión* como fuente del efecto hipnótico y motor de la conducta humana, se perfila la interacción médico-paciente que es, a mi juicio, una de las características definitorias de la psicoterapia. En sus *Nuevos estudios* (1891) Bernheim se ocupa, efectivamente, de la histeria, la sugestión y la psicoterapia.

Poco después, en los trabajos de Janet en París y de Breuer y Freud en Viena, donde la relación interpersonal es patente, resuena ya la primera melodía de la psicoterapia. Como veremos en seguida, es mérito de Sigmund Freud (1856-1939) llevar a la psicoterapia al nivel científico, con la introducción del psicoanálisis. Desde aquel momento, será *psicoterapia* un tratamiento dirigido a la psiquis, en un marco de relación interpersonal, y con respaldo en una teoría científica de la personalidad.

Repetamos los rasgos característicos que destacan la psicoterapia por su devenir histórico. Por su *método*, la psicoterapia se dirige a la psiquis por la única vía practicable, la comunicación; su *instrumento* de comunicación es la palabra (o mejor dicho el lenguaje verbal y preverbal), «fármaco» y a la vez mensaje; su *marco*, la relación interpersonal médico-enfermo. Por último, la finalidad de la psicoterapia es curar, y todo proceso de comunicación que no tenga ese propósito (enseñanza, adoctrinamiento, catequesis) nunca será psicoterapia.

Mientras llegan al máximo desarrollo los métodos científicos de la psicoterapia sugestiva e hipnótica se inicia una nueva investigación que ha de operar un giro copernicano en la teoría y la praxis de la psicoterapia. Hacia 1880, Joseph Breuer (1842-1925), al aplicar la técnica hipnótica en una paciente que en los anales de nuestra disciplina se llamó desde entonces Anna O. (y cuyo verdadero nombre es Berta Pappenheim), se encontró practicando una forma radicalmente distinta de psicoterapia.¹

2. El método catártico y los comienzos del psicoanálisis

La evolución que lleva en pocos años desde el método de Breuer hasta el psicoanálisis se debe al genio y al esfuerzo de Freud. En la primera década de nuestro siglo el psicoanálisis se presenta ya como un cuerpo de doctrina coherente y de amplio desarrollo. En esos años, Freud escribió dos artículos sobre la naturaleza y los métodos de la psicoterapia: «El método psicoanalítico de Freud» (1904a) y «Sobre psicoterapia» (1905a). Estos dos trabajos son importantes desde el punto de vista histórico y, si se leen con atención, nos revelan aquí y allá los gérmenes de las ideas técnicas que Freud va a desarrollar en los escritos de la segunda década del siglo.

Vale la pena mencionar aquí un cambio interesante en nuestros conocimientos sobre un tercer artículo de Freud, titulado «Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)», que durante mucho tiempo se dató en 1905, cuando en realidad fue escrito en 1890. El profesor Saul Rosenzweig, de la Washington University de Saint Louis encontró, en 1966, que este artículo, que se incluyó en la *Gesammelte Werke* y en la *Standard Edition* como publicado en 1905, en realidad se publicó en 1890 en la primera edición de *Die Gesundheit* (La salud), un manual de medicina con artículos de diversos autores. En 1905 se publicó la tercera edición de esta enciclopedia.² Ahora que sabemos la fecha real de su aparición, no nos sorprende la gran diferencia entre este artículo y los dos que a continuación vamos a comentar.

El trabajo de 1904, escrito sin firma de autor para un libro de Löwenfeld sobre la neurosis obsesiva, deslinda clara y decididamente el psicoanálisis del método catártico y a este de todos los otros procedimientos de la psicoterapia.

A partir del magno descubrimiento de la sugestión en Nancy y la Salpêtrière se recortan tres etapas en el tratamiento de las neurosis. En la primera se utiliza la sugestión, y después otros procedimientos de ella derivados, para inducir una conducta sana en el paciente. Breuer renuncia a esta técnica y utiliza el hipnotismo, no para que el paciente olvide sino

¹ Strachey informa que el tratamiento de Anna O. se extendió desde 1880 a 1882. (Véase la «Introducción» de James Strachey a los *Estudios sobre la histeria*, en S. Freud, *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 24 vols., 1978-85, 2, pág. 5 [en adelante, *AE*]).

² Véase J. Strachey, «Introducción», en *AE*, 1, págs. 69-75.

para que exponga sus pensamientos. Anna O., la célebre enferma de Breuer, llamaba a esto *la cura de hablar* («*talking cure*»). Breuer dio así un paso decisivo al emplear la hipnosis (o la sugestión hipnótica) no para que el paciente abandone sus síntomas o se encamine a conductas más sanas, sino para darle la oportunidad de hablar y recordar, base del *método catártico*; y el otro paso lo dará el mismo Freud cuando abandone el hipnotismo.

En los *Estudios sobre la histeria* de Breuer y Freud (1895) puede seguirse la hermosa historia del psicoanálisis desde Emmy von N., donde Freud opera con la hipnosis, la electroterapia y el masaje, hasta Elisabeth von R., a la que ya trata sin hipnosis, y con quien establece un diálogo verdadero, del que tanto aprende. La historia clínica de Elisabeth muestra a Freud utilizando un procedimiento intermedio entre el método de Breuer y el psicoanálisis propiamente dicho, que consistía en estimular y presionar al enfermo para el recuerdo.

Cuando la historia clínica de Elisabeth termina está terminado también el *método de la coerción asociativa* como tránsito al psicoanálisis, ese diálogo singular entre dos personas que son, dice Freud, igualmente dueñas de sí.

En «Sobre psicoterapia» (1905a), una conferencia pronunciada en el Colegio Médico de Viena el 12 de diciembre de 1904, que se publicó en la *Wiener Medical Presse* del mes de enero siguiente, Freud establece una convincente diferencia entre el psicoanálisis (y el método catártico) y las otras formas de psicoterapia que hasta ese momento existían. Esta diferencia introduce una ruptura que provoca, como dicen Zilboorg y Henry (1941), la *segunda revolución* en la historia de la psiquiatría. Para explicarla, Freud se basa en ese hermoso modelo de Leonardo que diferencia las artes plásticas que operan *per via di porre* y *per via di levare*. La pintura cubre de colores la tela vacía, y así la sugestión, la persuasión y los otros métodos que *agregan* algo para modificar la imagen de la personalidad; en cambio el psicoanálisis, como la escultura, saca lo que está de más para que surja la estatua que dormía en el mármol. Esta es la diferencia sustancial entre los métodos anteriores y posteriores a Freud. Desde luego que después de Freud, y por su influencia, aparecen métodos como el neopsicoanálisis o el ontoanálisis que también actúan *per via di levare*, es decir, que tratan de liberar a la personalidad de lo que le está impidiendo tomar su forma pura, su forma auténtica; pero esta es una evolución ulterior que no nos importa discutir en este momento. Lo que sí nos interesa es diferenciar entre el método del psicoanálisis y las otras psicoterapias de inspiración sugestiva, que son represivas y actúan *per via di porre*.

Surge de la discusión precedente que hay una relación muy grande entre la teoría y la técnica de la psicoterapia, un punto que el mismo Freud señala en su artículo de 1904 y que Heinz Hartmann estudió a lo largo de su obra, por ejemplo al comienzo de su «Technical implications of ego psychology» (1951). En psicoanálisis es este un punto fundamental:

siempre hay una técnica que configura una teoría, y una teoría que fundamenta una técnica. Esta interacción permanente de teoría y técnica es privativa del psicoanálisis porque, como dice Hartmann, la técnica determina el método de observación del psicoanálisis. En algunas áreas de las ciencias sociales se da un fenómeno similar; pero no es ineludible como en el psicoanálisis y la psicoterapia. Sólo en el psicoanálisis podemos ver cómo un determinado abordaje técnico conduce en forma inexorable a una teoría (de la curación, de la enfermedad, de la personalidad, etc.), que a su vez gravita retroactivamente sobre la técnica y la modifica para hacerla coherente con los nuevos hallazgos; y así indefinidamente. En esto se basa, tal vez, la denominación algo pretenciosa de *teoría de la técnica*, que intenta no sólo dar un respaldo teórico a la técnica sino también señalar la inextricable unión de ambas. Veremos a lo largo de este libro que cada vez que se trata de entender a fondo un problema técnico se pasa insensiblemente al terreno de la teoría.

3. Las teorías del método catártico

Lo que introduce Breuer, pues, es una modificación técnica que lleva a nuevas teorías de la enfermedad y de la curación. Estas teorías no sólo se pueden verificar con la técnica sino que, en la medida en que se refutan o se sostienen, inciden sobre ella.

La técnica catártica descubre un hecho sorprendente, la *disociación de la conciencia*, que se hace visible a ese método en cuanto produce una *ampliación de la conciencia*. La disociación de la conciencia cristaliza en dos teorías fundamentales, y en tres, si se agrega la de Janet. Breuer postula que la causa del fenómeno de disociación de la conciencia es el *estado hipnoide*, mientras que Freud se inclina a atribuirlo a un trauma.³

La explicación de Janet remite a la *labilidad de la síntesis psíquica*, un hecho neurofisiológico, constitucional, que apoya en la teoría de la degeneración mental de Morel. De este modo, si para que una psicoterapia sea científica le exigimos armonía entre su teoría y su técnica, el método de Janet no llega a serlo. En cuanto sostiene que la disociación de la conciencia se debe a una labilidad constitucional para lograr la síntesis de los fenómenos de conciencia, y adscribe esa disociación a la doctrina de la degeneración mental de Morel, es decir a una causa biológica, orgánica, la explicación de Janet no abre camino a ningún procedimiento psicológico científico sino, a lo sumo, a una psicoterapia inspiracional (que por lo demás a la larga actuará *per via di porre*), nunca a una psicoterapia coherente con su teoría, y por tanto etiológica.

La teoría de Breuer y sobre todo la de Freud, en cambio, son psicoló-

³ Para mayores detalles, véase la «Comunicación preliminar» que Breuer y Freud publicaron en 1893, y que se incorporó como capítulo I en los *Estudios sobre la histeria* (AE, 2, págs. 27-43).

gicas. La *teoría de los estados hipnoides* postula que la disociación de la conciencia se debe a que un determinado acontecimiento encuentra al individuo en una situación especial, el estado hipnoide, y por esto queda segregado de la conciencia. El estado hipnoide puede depender de una razón neurofisiológica (la fatiga, por ejemplo, de modo que la corteza queda en estado refractario) y también de un acontecimiento emotivo, psicológico. De acuerdo con esta teoría, que oscila entre la psicología y la biología, lo que se logra con el método catártico es retrotraer al individuo al punto en que se había producido la disociación de la conciencia (por el estado hipnoide) para que el acontecimiento ingrese al curso asociativo normal y, consiguientemente, pueda ser «desgastado» e integrado a la conciencia.

La hipótesis de Freud, la *teoría del trauma*, era ya puramente psicológica, y fue la que en definitiva los hechos empíricos apoyaron. Freud defendía el origen traumático de la disociación de la conciencia: era el acontecimiento mismo que, por su índole, se hacía rechazable de y por la conciencia. El estado hipnoide no había intervenido, o habría intervenido subsidiariamente; lo decisivo era el hecho traumático que el individuo segregó de su conciencia.

De todos modos, y sin entrar a discutir estas teorías,⁴ lo que importa para el razonamiento que estamos haciendo es que una *técnica*, la hipnosis catártica, llevó a un descubrimiento, la disociación de la conciencia, y a ciertas teorías (del trauma, de los estados hipnoides), que, a su vez, llevaron a modificar la técnica.

Según la teoría traumática, lo que hacía la hipnosis era ampliar el campo de la conciencia para que el hecho segregado volviera a incorporársele; pero esto podría lograrse también por otros métodos, con otra técnica.

4. La nueva técnica de Freud: el psicoanálisis

Freud siempre se declaró mal hipnotizador, tal vez porque ese método no satisfacía su curiosidad científica; y fue así como se decidió a abandonar la hipnosis y a elaborar una nueva técnica para llegar al trauma, más acorde con su idea de la razón psicológica de querer olvidar el acontecimiento traumático. Pudo dar este intrépido paso cuando recordó la famosa experiencia de Bernheim de la *sugestión poshipnótica*⁵ y, sobre esta base, cambió su técnica: en lugar de hipnotizar a sus pacientes empezó a estimularlos, a concitarlos al recuerdo. Así operó Freud con Miss

⁴ Gregorio Klimovsky ha utilizado las teorías de los *Estudios sobre la histeria* para analizar la estructura de las teorías psicoanalíticas.

⁵ Cuando Bernheim daba a una persona en trance hipnótico la orden de hacer algo luego de despertar, la orden se cumplía exactamente, y el autor no podía explicar el porqué de sus actos y apelaba a explicaciones triviales. Sin embargo, si Bernheim no se conformaba con esas *racionalizaciones* (como las llamaría Jones muchos años después), el sujeto terminaba por recordar la orden recibida en trance.

Lucy y sobre todo con Elisabeth von R. /y esta nueva técnica, la *coerción asociativa*/ lo enfrentó con nuevos hechos que habrían de modificar otra vez sus teorías.✱

La coerción asociativa le confirma a Freud que las cosas se olvidan cuando no se las quiere recordar, porque son dolorosas, feas y desagradables, contrarias a la ética y/o a la estética. Ese proceso, ese olvido, se reproducía también ante sus ojos en el tratamiento, y entonces encontraba que Elisabeth *no quería* recordar, que había una fuerza que se oponía al recuerdo. Así hace Freud el descubrimiento de la *resistencia*, piedra angular del psicoanálisis. Lo que en el momento del trauma condicionó el olvido es lo que en este momento, en el tratamiento, condiciona la resistencia: hay un juego de fuerzas, un *conflicto* entre el deseo de recordár y el de olvidar. Entonces, si esto es así, ya no se justifica ejercer la coerción, porque siempre se va a tropezar con la resistencia. Mejor será dejar que el paciente hable, que hable libremente. Así, una nueva teoría, la teoría de la resistencia, lleva a una nueva técnica, la *asociación libre*, propia del psicoanálisis, que se introduce como un precepto técnico, la *regla fundamental*.

Con el instrumento técnico recién creado, la asociación libre, se van a descubrir nuevos hechos, frente a los cuales la teoría del trauma y la del recuerdo ceden gradualmente su lugar a la teoría sexual. El conflicto no es ya solamente entre recordar y olvidar, sino también entre fuerzas instintivas y fuerzas represoras.

A partir de aquí los descubrimientos se multiplican: la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, el inconciente con sus leyes y sus contenidos, la teoría de la transferencia, etc. En este nuevo contexto de descubrimientos aparece la *interpretación* como instrumento técnico fundamental y en un todo de acuerdo con las nuevas hipótesis. En cuanto sólo se proponían recuperar un recuerdo, ni el método catártico ni la coerción asociativa necesitaban de la interpretación; ahora es distinto, ahora hay que darle al individuo informes precisos sobre sí mismo y sobre lo que le pasa, y que él sin embargo ignora, para que pueda comprender su realidad psicológica: a esto le llamamos interpretar.

En otras palabras, en la primera década del siglo la teoría de la resistencia se amplía vigorosamente en dos sentidos: se descubre por una parte lo inconciente (lo resistido) con sus leyes (condensación, desplazamiento) y sus contenidos (la teoría de la libido) y surge, por otro lado, la teoría de la transferencia, una forma precisa de definir la relación médico-paciente, ya que la resistencia se da siempre en términos de la relación con el médico.

Los primeros atisbos del descubrimiento de la transferencia, como veremos en el capítulo 7, se encuentran en los *Estudios sobre la histeria* (1895d); y en el epílogo de «Dora», escrito en enero de 1901 y publicado en 1905,⁶ ya Freud comprende el fenómeno de la transferencia prácticamente en su totalidad. Es justamente a partir de ese momento cuando la

✱ «Fragmento de análisis de un caso de histeria», *AE*, 7, págs. 98 y sigs.

nueva teoría empieza a incidir en la técnica e imprime su sello a los «Consejos al médico» (1912e) y a «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), trabajos contemporáneos de «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b).

La inmediata repercusión sobre la técnica de la teoría de la transferencia es una reformulación de la relación analítica, que queda definida en términos precisos y rigurosos. El encuadre, ya lo veremos, no es más que la respuesta técnica de lo que Freud había comprendido en la clínica sobre la peculiar relación del analista y su analizado. Para que la transferencia surja claramente y pueda analizarse, decía Freud en 1912, el analista debe ocupar el lugar de un espejo que sólo refleja lo que le es mostrado (hoy diríamos lo que el paciente le proyecta). Cuando Freud formula sus «Consejos», la *belle époque* de la técnica en que invitaba con té y arenques al «Hombre de las Ratas» (Freud, 1909d) se ha clausurado definitivamente.

Se comprende la coherencia que hay en este punto entre teoría y técnica; el médico no debe mostrar nada de sí: sin dejarse envolver en las redes de la transferencia, se limitará a devolver al paciente lo que él ha colocado sobre el terso espejo de su técnica. Por esto dice Freud (1915a) al estudiar el amor de transferencia, que el análisis debe desarrollarse en abstinencia, y esto sanciona el cambio sustancial de la técnica en la segunda década del siglo. Si no existiera una teoría de la transferencia, no tendrían razón de ser estos consejos, del todo innecesarios en el método catártico o en el primitivo psicoanálisis de la coerción asociativa. Vemos aquí pues, nuevamente, esta singular interacción entre teoría y técnica que señalamos como específica del psicoanálisis.

Hemos tratado con cierto detalle la teoría de la transferencia porque ilustra muy claramente la tesis que estamos desarrollando. A medida que Freud toma conciencia de la transferencia, de su intensidad, de su complejidad y de su espontaneidad (aunque esto se discuta), se le impone un cambio radical en el encuadre. El laxo encuadre del «Hombre de las Ratas» podrá incluir té, sándwiches y arenques, pues Freud no sabe aún hasta dónde llega la rebeldía y la rivalidad en la transferencia paterna.⁷

La modificación del encuadre que se hace más riguroso en virtud de la teoría de la transferencia permite a su vez una precisión mayor para apreciar el fenómeno, en cuanto un encuadre más estricto y estable evita contaminarlo y lo hace más nítido, más transparente.

Este proceso no fue lento y siguió después de Freud. Basta releer la historia de Ricardito, analizado en 1941, para ver a Melanie Klein depurando su técnica, y la de todos nosotros, cuando llega con un paquete para su nieto y se da cuenta de que su paciente responde con envidia, celos y sentimientos de persecución (sesión 76). Comprende que ha cometido un error, que eso no se debe hacer (M. Klein, 1961). Sólo un largo proceso de interacción entre la práctica y la teoría llevó a que el encuadre se hi-

⁷ Véase, respecto de esto, el trabajo de David Rosenfeld presentado al Congreso de Nueva York, de 1979, y publicado en el *International Journal of Psycho-Analysis* de 1980.

ciera cada vez más estricto y, consiguientemente, más idóneo y confiable.

Nos hemos detenido en la interacción entre teoría y técnica porque esto nos permite comprender la importancia de estudiar simultáneamente ambos campos y afirmar que una buena formación psicoanalítica debe respetar esta valiosa cualidad de nuestra disciplina, en la que se integran armoniosamente la especulación y la praxis.

5. Teoría, técnica y ética

Freud dijo muchas veces que el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, queriendo señalar que por una condición especial, intrínseca de esta disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, porque a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad, esto es, curarse. Esta circunstancia no sólo vale como un principio filosófico sino que es también un hecho empírico de la investigación freudiana. Podría no haber sido así; pero, de hecho, el gran hallazgo de Freud consiste en que descubriendo determinadas situaciones (traumas, recuerdos o conflictos) los síntomas de la enfermedad se modifican y la personalidad se enriquece, se amplía y se reorganiza. Esta curiosa circunstancia unifica en una sola actitud la cura y la investigación, como lo expuso lúcidamente Hanna Segal (1962) en el «Simposio de factores curativos» del Congreso de Edimburgo. También Bleger abordó este punto al hablar de la entrevista psicológica en 1971.

Así como hay una correlación estricta de la teoría psicoanalítica con la técnica y con la investigación, también se da en el psicoanálisis, en forma singular, la relación entre la técnica y la ética. Hasta puede decirse que la ética es una parte de la técnica o, de otra forma, que lo que da coherencia y sentido a las normas técnicas del psicoanálisis es su raíz ética. La ética se integra en la teoría científica del psicoanálisis no como una simple aspiración moral sino como una necesidad de su praxis.

Las fallas de ética del psicoanalista revierten ineludiblemente en fallencias de la técnica, ya que sus principios básicos, especialmente los que configuran el encuadre, se sustentan en la concepción ética de una relación de igualdad, respeto y búsqueda de la verdad. La disociación entre la teoría y la praxis, lamentable siempre, en psicoanálisis lo es doblemente porque daña nuestro instrumento de trabajo. En otras disciplinas es hasta cierto punto factible mantener una disociación entre la profesión y la vida, pero esto le resulta imposible al analista.

Nadie va a pretender que el analista no tenga fallas, debilidades, dobleces o disociaciones, pero sí que pueda aceptarlas en su fuero interno por consideración al método, a la verdad y al enfermo. Es que el analista tiene como instrumento de trabajo su propio inconciente, su propia personalidad; y de ahí que la relación de la técnica con la ética se haga tan apremiante e indisoluble.

Uno de los principios que nos propuso Freud, y que es a la vez técnico, teórico y ético, es que no debemos ceder al *furor curandis*; y hoy sabemos sin lugar a dudas que el *furor curandis* es un problema de contratrasferencia. Este principio, sin embargo, no viene a modificar lo que acabo de decir, porque no hay que perder de vista que Freud nos previene del *furor curandis*, diferente del deseo de curar en cuanto significa cumplir con nuestra tarea.⁸

El tema del *furor curandis* nos vuelve al de la ética, porque la prevención de Freud no es más que una aplicación de un principio más general, la *regla de abstinencia*. El análisis, afirma Freud en el Congreso de Núremberg (1910d) y lo reitera muchas veces (1915a, 1919a, etc.), tiene que transcurrir en privación, en frustración, en abstinencia. Esta regla se puede entender de muchas formas; pero, de todos modos, nadie dudará de que Freud ha querido decir que el analista no puede darle al paciente satisfacciones directas, porque en cuanto este las logra el proceso se detiene, se desvía, se pervierte. En otros términos, podría decirse que la satisfacción directa quita al paciente la capacidad de simbolizar. Ahora bien, la regla de abstinencia, que para el análisis es un recurso técnico, para el analista es una norma ética. Porque, evidentemente, el principio técnico de no dar al analizado satisfacciones directas tiene su corolario en el principio ético de no aceptar las que él pueda ofrecernos. Así como nosotros no podemos satisfacer la curiosidad del paciente, por ejemplo, tampoco podemos satisfacer la nuestra. Desde el punto de vista del analista, lo que el analizado dice son sólo asociaciones, cumplen la regla fundamental; y lo que asocia sólo puede ser considerado como un informe pertinente a su caso.

Lo que acabamos de decir abarca el problema del secreto profesional y lo redefine en una forma más estricta y rigurosa, en cuanto pasa a ser para el analista un aspecto de la regla de abstinencia. En la medida en que el analista no puede tomar lo que dice el analizado sino como material, en realidad este nunca le informa nada; nada que haya dicho el paciente puede el analista decir que ha sido dicho, porque el analizado sólo ha dado su material. Y material es, por definición, lo que nos informa sobre el mundo interno del paciente.

La atención flotante implica recibir en la misma forma todas las asociaciones del enfermo; y en cuanto el analista pretende obtener de ellas alguna información que no sea pertinente a la situación analítica está funcionando mal, se ha transformado en un niño (cuando no en un perverso) escoptofilico. La experiencia muestra, además, que cuando la atención flotante se perturba es que está operando, en general, alguna proyección del analizado. Por tanto, el trastorno del analista debe ser considerado un problema de contratrasferencia o de contraidentificación proyectiva, si seguimos a Grinberg (1963, etc.)

⁸ Sobre la propuesta de Bion (1967) de que el analista trabaje «sin memoria y sin deseo», algo tendremos que decir más adelante, lo mismo que del «deseo del analista» de Lacan (1958).

Lo que acabo de exponer no es sólo un principio técnico y ético sino también una saludable medida de higiene mental, de protección para el analista. Como dice Freud en «Sobre el psicoanálisis "silvestre"» (1910k), no tenemos derecho a juzgar a nuestros colegas y en general a terceros a través de las afirmaciones de los pacientes, que debemos escuchar siempre con una benevolente duda crítica. En otras palabras, y esto es rigurosamente lógico, todo lo que dice el paciente son sus opiniones y no los hechos. No se me oculta lo difícil que es establecer y mantener esta actitud en la práctica, pero pienso que en la medida que lo comprendemos nos es más fácil cumplirlo. La norma fundamental es, otra vez, la regla de abstinencia: en cuanto una información no viola la regla de abstinencia es pertinente y es simplemente material; si no es así, la regla de abstinencia ha sido trasgredida. A veces, es sólo el sentimiento del analista, y en última instancia su contratrasferencia, lo que puede ayudarlo en esta difícil discriminación.

El principio que acabo de enunciar no debe tomarse nunca de manera rígida y sin plasticidad. Alguna información general que puede darnos el paciente colateralmente puede ser aceptada como tal sin violar las normas de nuestro trabajo,⁹ del mismo modo que puede haber desviaciones que no configuren una falta, en cuanto están dentro de los usos culturales y se dan o se reciben sin perder de vista el movimiento general del proceso. Pero queda en pie la norma básica de que ninguna intervención del analista es válida si viola la regla de abstinencia.

⁹ Por ejemplo, que el analizado nos informe que el ascensor no funciona.

2. Indicaciones y contraindicaciones según el diagnóstico y otras particularidades

Las indicaciones terapéuticas del psicoanálisis son un tema que vale la pena discutir, no solamente por su importancia práctica, sino porque a poco que se lo estudia revela un trasfondo teórico de verdadera complejidad.

1. Las opiniones de Freud

Indicaciones y contraindicaciones fueron fijadas lúcidamente por Freud en la ya mencionada conferencia en el Colegio Médico de Viena, el 12 de diciembre de 1904. Empieza allí Freud por presentar la psicoterapia como un procedimiento médico-científico y luego delimita sus dos modalidades fundamentales, expresiva y represiva, tomando el bello modelo de Leonardo de las artes plásticas.

En el curso de su conferencia Freud hace hincapié en las contraindicaciones del psicoanálisis, para reivindicar finalmente su campo específico, las neurosis (lo que hoy llamamos neurosis).

En esta conferencia, y también en el trabajo que escribió poco antes por encargo de Löwenfeld, Freud afirmó, y es un pensamiento muy original, que la indicación de la terapia psicoanalítica no sólo debe hacerse por la enfermedad del sujeto, sino también por su personalidad. Esta diferencia sigue siendo válida: el psicoanálisis se indica atendiendo no menos a la persona que al diagnóstico.

Al considerar el *individuo*, Freud dice con franqueza (y también con cierta ingenuidad) que «debe rechazarse a los enfermos que no posean cierto grado de cultura y un carácter en alguna medida confiable» (AE, 7, pág. 253). Esta idea ya había sido expuesta, como acabamos de ver, en el trabajo para el libro de Löwenfeld, donde dice que el paciente debe poseer un estado psíquico normal, un grado suficiente de inteligencia y un cierto nivel ético, porque si no el médico pierde pronto el interés y verá que no se justifica su esfuerzo. Este punto de vista, sin embargo, sería hoy revisable desde la teoría de la contratrasferencia, porque si el analista pierde su interés debe suponerse que algo le pasa. Por otra parte, se lo podría refutar hasta con argumentos del mismo Freud, que muchas veces afirmó que nadie sabe las potencialidades que pueden yacer en un individuo enfermo.

Desde otra vertiente, sin embargo, el valor (social) del individuo

influye, de hecho, en las prioridades del tiempo del analista, en forma tal que quizá pueda justificar algún tipo de selección. Cuando los candidatos tomaban enfermos gratuitos (o casi gratuitos) en la Clínica Racker de Buenos Aires, había selección; pero no la hacía el terapeuta sino la clínica, que daba preferencia a maestros, profesores, enfermeros y otras personas cuya actividad las ponía en contacto con la comunidad y que, por lo tanto, gravitaban especialmente en la salud mental de la población. La selección del propio analista, en cambio, es siempre riesgosa, ya que puede complicarla un factor de contrasferencia, que en casos extremos linda con la megalomanía y el narcisismo.

Siempre dentro de las indicaciones que dependen del individuo y no de la enfermedad, Freud considera que la *edad* pone un límite al análisis y que las personas próximas a los cincuenta años carecen ya de suficiente plasticidad; por otra parte, la masa del material a elaborar es de tal magnitud que el análisis se prolongaría indefinidamente. Freud ya había hecho estas mismas observaciones en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898a), donde afirma que el análisis no es aplicable ni a los niños ni a los ancianos (*AE*, 3, pág. 274).

Estos dos factores se contemplan hoy con ánimo más optimista. No hay duda que los años nos hacen menos plásticos; pero también puede un joven ser rígido, ya que esto depende en gran medida de la estructura del carácter, del acorazamiento del carácter, diría Wilhelm Reich (1933). La edad es, pues, un factor a tener en cuenta, sin ser decisivo por sí mismo. En su minucioso estudio de las indicaciones y contraindicaciones, Nacht y Lebovici (1958) aceptan en principio que la edad impone un límite al análisis, pero señalan enfáticamente que la indicación siempre depende del caso particular. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la expectativa de vida cambió notablemente en los últimos años.

Menos aún consideramos actualmente como un obstáculo el cúmulo de material, ya que el propio Freud nos enseñó que los acontecimientos decisivos abarcan un número limitado de años —la amnesia infantil—; y, por otra parte, esos acontecimientos se repiten sin cesar a lo largo de los años y concretamente en esa singular historia vital que es la transferencia.

Si bien las prevenciones de Freud no nos obligan hoy tanto como antes, de todos modos la edad avanzada plantea siempre un problema delicado, que el analista debe encarar con equilibrio y conciencia. Al resolverse a dedicar su tiempo a un hombre mayor o reservarlo para otro de más larga expectativa de vida, el analista se enfrenta con un problema humano y social. Como es la regla en análisis, aquí tampoco podremos dar una norma fija. La indicación dependerá del paciente y del criterio del analista, porque la expectativa de vida es determinante para el demógrafo pero no para este último, que sólo debe mirar a la persona concreta. ¿Hay un momento en que socialmente ya no es justificable para un viejo el análisis? Tampoco aquí podemos hacer ninguna inferencia definitiva, porque alguna gente muere pronto y otra muy tarde. Kant publicó la *Crítica de la razón pura* cuando tenía 57 años y ya se había jubilado de profesor en Königsberg, de modo que si este modesto profesor

de filosofía retirado me hubiera venido a ver para analizarse por una inhibición para escribir, tal vez yo, muy seguro de mí mismo, ¡lo habría rechazado por su avanzada edad!

Por suerte, nuestro criterio se ha ido modificando, se ha hecho más elástico. Hay un trabajo de Hanna Segal (1958) donde relata el análisis de un hombre de 74 años que tuvo un curso excelente, y Pearl S. King (1980) trató el tema en su relato del Congreso de Nueva York con una profundidad que no deja dudas sobre la eficacia del análisis en personas de edad. King hace sobre todo hincapié en que los problemas del ciclo vital de estos pacientes aparecen nítidamente en la transferencia, donde se los puede aprehender y resolver por métodos estrictamente psicoanalíticos.

Este tema fue abordado hace muchos años por Abraham (1919b). A diferencia de Freud y de la mayoría de los analistas de entonces, Abraham sostenía «que la edad de la neurosis es más importante que la edad del paciente» (*Psicoanálisis clínico*, cap. 16, pág. 241) y presentó varios historiales de personas de más de 50 años que respondieron muy bien al tratamiento psicoanalítico.

2. Indicaciones de Freud según el diagnóstico

Con respecto a las indicaciones del análisis *según el diagnóstico clínico*, es admirable la cautela con que Freud las discute. Concretamente, considera el psicoanálisis como método de elección en casos crónicos y graves de histeria, fobias y abulias, es decir, las neurosis. En los casos en que hay factores psicóticos ostensibles la indicación del análisis no es para él pertinente, aunque deje abierta para el futuro la posibilidad de un abordaje especial de la psicosis. Tampoco lo recomienda en casos agudos de histeria y en el agotamiento nervioso. Y descarta, desde luego, la degeneración mental y los cuadros confusionales.

En resumen, sólo el núcleo nosográficamente reducido pero epidemiológicamente extenso de la neurosis es accesible al análisis: Freud, en este sentido, fue terminante y no varió su posición desde estos trabajos hasta el *Esquema del psicoanálisis* (1940a), donde vuelve a decir, al comienzo del capítulo VI, que el yo del psicótico no puede prestarse al trabajo analítico, al menos hasta que encontremos un plan que se le adapte mejor. (*AE*, 23, pág. 174).

Es innegable, sin embargo, que algo ha cambiado en lo que va del siglo, y que se abrieron caminos importantes a partir del psicoanálisis infantil (que propició entre otros su hija Anna) y las nuevas teorías de la personalidad que abarcan el primer año de la vida y dan posibilidades de acceso a las enfermedades que, desde Freud y Abraham (1924), se sabía que tienen su punto de fijación en esa época.

Aunque Freud insistió siempre en que sólo había que tratar a los neuróticos, sus propios casos al parecer no siempre lo eran. Con fundamento podríamos diagnosticar a «Dora» de psicopatía histérica, y de

fronterizo al «Hombre de los Lobos», que desarrolló después una clara psicosis paranoide por la que hubo de tratarlo Ruth Mack-Brunswick a fines de 1926 por unos meses, como informa su trabajo de 1928. Dicho sea de paso, Freud mismo hizo el diagnóstico e indicó el tratamiento, que comentó con satisfacción en «Análisis terminable e interminable» (1937c). Las opiniones de Freud, pues, deben considerarse con sentido crítico, como lo hace Leo Stone (1954). Una prueba del criterio amplio de Freud para indicar el tratamiento podemos encontrarla, sin ir más lejos, en la misma conferencia del 12 de diciembre de 1904, cuando pone el ejemplo de una (grave) psicosis maniaco-depresiva que él mismo trató (o intentó tratar).

Digamos, para terminar, que las indicaciones de Freud son por demás sensatas; los casos francos de psicosis, perversión, adicción y psicopatía son siempre difíciles y hay que pensar detenidamente antes de tomarlos. Son pacientes que ponen a prueba al analista y que sólo en circunstancias muy felices pueden llevarse a buen puerto. (Volveremos sobre esto al tratar los criterios de analizabilidad en el capítulo 3.)

En sus dos artículos de comienzos de siglo, Freud señala que los casos agudos o las emergencias no son de resorte del psicoanálisis; menciona, por ejemplo, la anorexia nerviosa como una contraindicación. (Por extensión, lo mismo podríamos decir del enfermo con tendencias suicidas, el melancólico, principalmente.)

En su conferencia de 1904 Freud afirmó que el análisis no es un método peligroso si se lo practica adecuadamente, lo que merece un momento de reflexión. Yo creo que Freud con esto quiere decir algo que es cierto para los prevenidos médicos que lo escuchan en el Colegio de Viena: el análisis no es peligroso porque no lleva a nadie por el mal camino, no va a transformar a nadie en loco, perverso o inmoral; y es necesario subrayar que Freud dice que el análisis no puede dañar al paciente *si se lo practica adecuadamente*. Es innegable, sin embargo, que el psicoanálisis mal practicado hace mal, mucho mal a veces, desgraciadamente.¹

3. El simposio de Arden House de 1954

Convocado por la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York, este simposio, *The widening scope of indications for psycho-analysis* (La ampliación del campo de indicaciones del psicoanálisis), tuvo lugar en mayo de 1954. Participaron Leo Stone, el principal expositor, Edith Jacobson y Anna Freud.

El trabajo de Stone tiene sin duda un valor perdurable. Más que optimista es realista, ya que no ensancha los límites de las indicaciones sino que muestra cómo siempre se trató legítimamente de sobrepasar esos lí-

¹ El tema de la iatrogenia en el análisis ha merecido reflexiones acertadas de Liberman a lo largo de toda su obra.

mites. Recuerda que en la década del veinte, y ya antes, Abraham empezó a tratar pacientes maniaco-depresivos con el apoyo decidido de Freud² y menciona también los intentos de Ernest Simmel con adictos alcohólicos y psicóticos internados, así como los de Aichhorn en Viena, con su juventud descarriada, hacia la misma época. Agreguemos que Abraham escribió la historia de un fetichista del pie y del corset para el Congreso de Nuremberg en 1910, y Ferenczi estudió profundamente el tic en 1921, tema que también ocupó a Melanie Klein en 1925.

Antes de pasar revista a las indicaciones que rebasan el marco de la neurosis, Stone señala los límites del psicoanálisis mismo como método. Dice, con razón, que una psicoterapia orientada psicoanalíticamente, pero que no se propone resolver los problemas del paciente en la transferencia y con la interpretación, no debe considerarse psicoanálisis, mientras que si se mantienen esos objetivos, a pesar de (y gracias a) que se recurra a los parámetros de Eissler (1953), no estaremos fuera de nuestro método. Señalemos que para Stone, lo mismo que para Eissler, el parámetro es válido si no obstaculiza el desarrollo del proceso y ulteriormente, una vez removido, puede analizarse con plenitud la transferencia.

Leo Stone considera que los criterios nosográficos de la psiquiatría, con ser imprescindibles, no son suficientes, ya que debe completárselos con toda una serie de elementos dinámicos de la personalidad del potencial paciente, tales como narcisismo, rigidez, pensamiento dereístico, alejamiento y vacío emocional, euforia, megalomanía y muchos más.

Una afirmación importante de Stone —con la que coincido plenamente— es que la indicación del tratamiento psicoanalítico apoya en ciertos casos en el concepto de *psicosis de transferencia*: «Se puede hablar justificadamente de una psicosis de transferencia en el sentido de una variante aún viable de neurosis de transferencia en las formas extremas», (1954, pág. 585). Lo que se amplía, pues, y sobre bases teóricas que considero firmes, es el concepto de neurosis de transferencia, que discutiremos en el capítulo 12.

Stone concluye que las neurosis de transferencia y las caracteropatías a ellas asociadas siguen siendo la primera y mejor indicación para el psicoanálisis; pero que los objetivos se han ampliado y abarcan prácticamente todas las categorías nosológicas de naturaleza psicógena (pág. 593), punto de vista que informa coincidentemente todo el libro de Fenichel (1945a).

Vemos así que Leo Stone planteó las indicaciones con amplitud; y, paradójicamente, afirmó que los trastornos neuróticos de mediana gravedad que pueden ser resueltos con métodos psicoterapéuticos breves y sencillos no configuran una indicación para el análisis, que debe reservarse para los casos neuróticos más graves o los que no puedan resolverse

² Hace un momento señalé que Freud no trepidó en ensayar su método en una psicosis circular de evolución severa. A veces se olvida que Freud tomó en análisis a una joven homosexual con un serio intento de suicidio, el caso que publicó en 1920; y que cuando decidió interrumpir el tratamiento por la intensidad de la transferencia paterna negativa, sugirió a los padres que si querían continuarlo buscaran para su hija una analista mujer (AE, 18, pág. 157).

por otras técnicas más sencillas o con los medios farmacológicos de la psiquiatría moderna, punto de vista que también sostienen Nacht y Lebovici (1958). Ya veremos que en este punto Anna Freud planteó su única discrepancia con Stone.

En Arden House habló también Edith Jacobson (1954a) sobre el tratamiento psicoanalítico de la depresión severa. Considera casos que pueden variar desde las depresiones reactivas más intensas hasta la psicosis circular en sentido estricto, pasando por los fronterizos, que son los más frecuentes. En todos ellos la autora encuentra que las dificultades en el desarrollo y el análisis de la transferencia son muy grandes, pero no imposibles. Considera que los resultados más satisfactorios se obtienen cuando pueden recuperarse y analizarse en la transferencia las fantasías pregenitales más arcaicas (pág. 605).

El comentario de Anna Freud (1954) coincide básicamente con Stone y apoya en su propia experiencia con caracteropatías graves, perversiones, alcoholismo, etc.; pero, como analista lego, no ha tratado casos psicóticos o depresiones severas. Anna Freud considera que es válido y de interés tratar todos estos casos y concuerda con la opinión de Stone sobre el uso de parámetros para hacerlos accesibles al método, aunque piensa también que el excesivo esfuerzo y el prolongado tiempo que demandan los casos difíciles debe pesarse en el momento de las indicaciones. Con un criterio que antes hemos llamado social, Anna Freud considera que los casos neuróticos deben tenerse muy en cuenta (pág. 610).

Es de destacar que cuando Anna Freud volvió a discutir las indicaciones del análisis en el capítulo 6 de su *Normality and pathology in childhood* (1965) refirmó sus puntos de vista del Simposio de Arden House.

En la conferencia de Arden House, en conclusión, nadie cuestionó la validez teórica de aplicar el método psicoanalítico a los trastornos psicógenos que rebasan los límites de la neurosis, si bien todos coincidieron en que esa tarea es por demás difícil.

4. El informe de Nacht y Lebovici

En *El psicoanálisis, hoy*, Nacht y Lebovici (1958) dividen las indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis en función del diagnóstico clínico y en función del paciente, siguiendo a Freud (1904a) y a Fenichel (1945a).

Con referencia a las indicaciones *por el diagnóstico*, estos autores destacan, como Glover (1955), tres grupos: los casos accesibles, los casos moderadamente accesibles y los débilmente accesibles. Nacht y Lebovici consideran aplicable el psicoanálisis a los estados neuróticos, o sea, a las neurosis sintomáticas, pero mucho menos a las neurosis de carácter; las perturbaciones de la sexualidad, esto es la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer, son indicaciones frecuentes y aceptadas, mientras que en las perversiones las indicaciones son más vidriosas y difíciles de establecer.

Si bien Nacht y Lebovici parten del principio (bien freudiano por cierto) de que no existe una oposición absoluta entre neurosis y psicosis, se inclinan a pensar que en los casos francos de psicosis el tratamiento analítico es de difícil aplicación, mientras que los casos no demasiado graves animan a intentar el análisis.

En cuanto a las indicaciones *por la personalidad*, hemos dicho que Nacht y Lebovici aceptan el criterio de Freud sobre la edad y ponen un límite aún más estricto, ya que consideran que sólo el adulto joven que no pase de los cuarenta años es de incumbencia del análisis (pág. 70), si bien admiten excepciones.

Estos autores consideran que el beneficio secundario de la enfermedad, si está muy arraigado, es una contraindicación o al menos un factor a tener en cuenta como grave obstáculo. Asimismo, estudian detenidamente la fuerza del yo como un factor de primera importancia, en cuanto a que el narcisismo, el masoquismo en sus formas más primitivas, las tendencias homosexuales latentes que imprimen su sello al funcionamiento del yo y los casos con marcada facilidad para el paso al acto (*acting-out*) son factores negativos que deben tenerse en cuenta, lo mismo que la debilidad mental, que pone un obstáculo a la plena comprensión de las interpretaciones.

5. El Simposio de Copenhague de 1967

En el XXV Congreso Internacional se realizó un simposio, *Indications and contraindications for psychoanalytic treatment*, que dirigió Samuel A. Guttman, con la participación de Elizabeth R. Zetzel, P. C. Kuiper, Arthur Wallenstein, René Diatkine y Alfredo Namnum.

Si contrastamos el simposio de 1954 con este, veremos claramente que la tendencia a ampliar las indicaciones del psicoanálisis se revierte, se estrecha. Como dice Limentani (1972), hay primero un proceso de expansión y luego uno de retracción, a partir de las circunspectas afirmaciones de Freud a comienzos del siglo. Limentani considera que la tendencia a volver a pautas restringidas depende al menos parcialmente de los criterios más selectivos de los institutos de psicoanálisis para admitir a los candidatos, que fue imponiéndose en todo el mundo desde la época de la Segunda Guerra Mundial. Es evidente, concluye Limentani, que en estos modelos más rigurosos está implícito el reconocimiento de que el tratamiento psicoanalítico no llega a resolver todos los problemas psicológicos.

Junto a una mayor prudencia en los alcances del método, el Simposio de Copenhague destacó entre otros un factor importante, la motivación para el análisis, que aparece explícitamente en el trabajo de Kuiper (1968) pero informa también los otros.

El tema central de Copenhague es, sin duda, la analizabilidad, que desarrolló con rigor Elizabeth R. Zetzel. Por su importancia, nos ocuparemos de él en el próximo capítulo.

Cuando Guttman abrió el Simposio expuso un criterio restrictivo en cuanto a las aplicaciones del psicoanálisis con un razonamiento que me parece un tanto circular. Dijo que el psicoanálisis como método consiste en el análisis de la neurosis de transferencia, de modo que si esta no se desarrolla plenamente mal se la podrá resolver con métodos analíticos y, por tanto, el psicoanálisis no será aplicable. Ahora bien, continúa Guttman, dado que las únicas enfermedades en que *por definición* se instaura una neurosis de transferencia son justamente las neurosis de transferencia, es decir la histeria en sus dos formas de conversión y de angustia y la neurosis obsesiva, con los correspondientes trastornos caracterológicos, entonces sólo estas son indicaciones válidas. Es clara acá la petición de principios, porque lo que está en discusión es si los otros enfermos pueden desarrollar plenamente fenómenos de transferencia de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad y de sus síntomas, y si estos pueden resolverse en el análisis.

Los pacientes psicóticos, fronterizos, perversos y adictos sólo podrán analizarse, dice Guttman, cuando el curso del tratamiento permita el desarrollo de una neurosis de transferencia o cuando se descubran los conflictos neuróticos encubiertos en la conducta del paciente.

Como veremos más adelante, la neurosis de transferencia debe entenderse como un concepto técnico, que no implica necesariamente que los otros cuadros psicopatológicos no puedan desarrollar análogos fenómenos. Acabamos de ver que Stone admite para los cuadros severos una transferencia psicótica; y muchísimo antes, en su brillante trabajo de 1928 titulado «Análisis de un caso de paranoia. Delirio de celos», Ruth Mack-Brunswick habla concretamente de una psicosis de transferencia y muestra la forma de analizarla y resolverla. La experiencia clínica parece demostrar que cada paciente desarrolla una transferencia acorde con su padecimiento y con su personalidad. En este sentido, conviene reservar el término de neurosis de transferencia para las neurosis mismas y no extenderlo a las otras situaciones.

6. Algunas indicaciones especiales

Un tema de la mayor actualidad es la aplicación del psicoanálisis en las enfermedades orgánicas donde participan notoriamente los factores psíquicos, y que se han dado en llamar, con razón, *psicosomáticas*. Convergenc acá problemas teóricos y técnicos que conviene estudiar críticamente. Si bien es cierto que desde el punto de vista doctrinario vale el concepto de que toda enfermedad es a la vez psíquica y somática (o si se quiere psíquica, somática y social), los hechos empíricos muestran que la gravitación de estos factores puede ser muy dispar.

La indicación del psicoanálisis variará en primer lugar según la mayor participación de los factores psicológicos; en segundo lugar, según la respuesta a los tratamientos médicos previamente efectuados y en tercer lu-

gar según el tipo de enfermedad. La colitis ulcerosa, por ejemplo, aún en sus formas más graves, es una enfermedad que responde casi siempre satisfactoriamente al psicoanálisis, mientras que la obesidad esencial, la diabetes y las coronariopatías no ofrecen por lo general una respuesta favorable. El asma bronquial y la hipertensión roja se benefician a veces (no siempre) del análisis, y menos la úlcera gastroduodenal. En los últimos años he visto regularizarse la presión arterial de pacientes que no consultaban por hipertensión sino por problemas neuróticos, y a quienes los clínicos que les atendían dieron de alta en vista de su favorable evolución.

Hay que tener siempre en cuenta que no todos los enfermos psicossomáticos tienen una respuesta similar al psicoanálisis, como tampoco la tienen los neuróticos. Además, hay enfermedades en que la psicogénesis puede ser relevante; pero, una vez puesto en marcha el proceso patológico, ya no se lo puede detener con medios psíquicos. Así, por ejemplo, hay muchos estudios que prueban convincentemente que el factor psicológico gravita en la aparición del cáncer, pero es harto improbable que, una vez producido, se lo pueda hacer retroceder removiendo los factores psicológicos que participaron en su aparición. Es posible, sin embargo, que el tratamiento analítico en algo pueda coadyuvar a una mejor evolución de esta enfermedad.

De cualquier modo, habrá que compulsar en cada caso todos los factores mencionados, y tal vez otros, antes de decidirse por el psicoanálisis; y, de hacerlo, será aclarando al paciente que debe seguir con los tratamientos médicos pertinentes. En ningún caso esto es más notorio que en la obesidad, en la cual la ayuda psicológica es plausible y muchas veces eficiente, pero nunca puede ir más allá de lo que dicte el balance calórico. Es evidente, también, que si la enfermedad psicossomática puede resolverse por medios médicos o quirúrgicos más sencillos que el largo y siempre trabajoso tratamiento psicoanalítico, el paciente debería optar por ellos, si sus síntomas propiamente mentales no fueran muy relevantes. Aquí está presente, de nuevo, el tema de la motivación.

Más adelante, en el capítulo 6, cuando hablemos del contrato, discutiremos el problema técnico que plantea el tratamiento médico o quirúrgico de un paciente en análisis; pero digamos desde ya que si se delimitan bien los papeles y cada uno cumple su función sin salir de su campo, el proceso analítico no tiene por qué verse entorpecido.

Es bien sabido que la esterilidad femenina y la infertilidad masculina, cuando no se deben a causas orgánicas, responden a veces al análisis. Mucho antes de que se analizara a este tipo de pacientes, el doctor Rodolfo Rossi señalaba en su cátedra de Clínica Médica en La Plata que las parejas estériles tenían a veces su primer hijo con posterioridad a la adopción.

Hemos dicho que, hasta cierto punto, el significado de una persona para la sociedad puede pesar en la indicación de su análisis. Esto nos lleva a otro problema de importancia teórica y de proyección social, el análisis del *hombre normal*. En otras palabras, hasta qué punto es legíti-

mo indicar el análisis como un método profiláctico, como un método para mejorar el rendimiento y la plenitud de la vida de un hombre por lo demás normal. Si bien es cierto que, en principio, nadie apoya abiertamente este tipo de indicación, caben ciertas precisiones.

El hombre normal es, por de pronto, una abstracción; y la experiencia clínica demuestra convincentemente que presenta trastornos y problemas casi siempre importantes. Quien se analiza sin estar formalmente enfermo, como es el caso de muchos futuros analistas, en general no se arrepiente: en el curso del análisis llega a visualizar, a veces con asombro, los graves defectos de su personalidad ligados a conflictos, y a resolverlos si es favorable la marcha de la cura.

Es innegable que el sentido común más elemental nos advierte que hay que pensar mucho antes de indicar profilácticamente una terapia difícil y larga como el psicoanálisis, que exige una inversión grande en esfuerzo, en afecto y angustia, en tiempo y en dinero. La persona que se analiza emprende un camino, toma una decisión; el análisis es casi una elección de vida por muchos años. Pero esta elección vital abarca también la de querer analizarse y buscar la verdad que, si es auténtica, a la larga va a justificar la empresa.

Donde más se plantea en la práctica este tipo de indicación es en el psicoanálisis de niños, porque allí la expectativa de vida es amplia y los problemas del desarrollo normal apenas se distinguen de la neurosis infantil.

7. Algo más sobre los factores personales

Hemos dicho ya reiteradamente que la indicación del psicoanálisis no debe hacerse solamente atendiendo al tipo y al grado de enfermedad del paciente sino también a otros factores, que son siempre de peso y a veces decisivos. Algunos de ellos dependen de la persona y otros (que casi nunca se tienen en cuenta) de su entorno.

Ya hemos considerado el valor social de la persona como criterio de indicación. Quien ocupa un lugar significativo en la sociedad justifica si está enfermo— el alto esfuerzo del análisis. Hemos dicho, también, que este factor no implica un juicio de valor; y al incluirlo entre sus criterios de selección el analista debe estar seguro de que no se deja llevar por el prejuicio o por un factor afectivo (contratrasferencia) sino por una evaluación objetiva de la importancia del tratamiento para ese individuo y de este individuo para la sociedad.

Dentro de los factores que ahora estamos considerando está la actitud psicológica del paciente frente a la indicación del análisis. Es algo que ya tenía en cuenta el trabajo de Freud de 1904 y que también señalan como fundamental los autores actuales.

Nunberg descubrió hace muchos años (1926) que todo paciente trae al tratamiento deseos neuróticos y no sólo deseos realistas de curación y,

desde luego, la resultante de ambos mostrará los aspectos sanos y enfermos, que habrán de desarrollarse como neurosis de transferencia y alianza terapéutica. A veces los deseos neuróticos (o psicóticos) de curación pueden configurar de entrada una situación muy difícil y conducir inclusive a lo que Bion ha descrito en 1963 como reversión de la perspectiva.

Lo que aquí estamos considerando, sin embargo, está más allá de los deseos de curación que tenga una persona, y que al fin y al cabo el análisis puede modificar: es algo previo y propio de cada uno, el deseo de embarcarse en una empresa cuya única oferta es la búsqueda de la verdad. Porque, sea cual fuere la forma en que se proponga el análisis, el paciente se da cuenta siempre que le estamos ofreciendo un tratamiento largo y penoso, como decía Freud (1905a), cuya premisa básica es la de conocerse a sí mismo; y esto no para todos es atractivo y para nadie es agradable. Desde esta perspectiva me atrevería a decir que hay una *vocación* para el análisis, como la hay para otras tareas de la vida.

Freud prefería los casos que vienen espontáneamente, porque nadie puede tratarse a partir del deseo del otro. Si bien las expresiones manifiestas del paciente son siempre equívocas y sólo con la marcha misma del análisis se podrán evaluar, la actitud mental profunda frente a la verdad y al conocimiento de sí mismo influye notoriamente en el desarrollo del tratamiento psicoanalítico. A esto se refiere sin duda Bion (1962b), cuando habla de la función psicoanalítica de la personalidad.

El factor que estamos estudiando es difícil de detectar y evaluar de entrada, porque un enfermo que pareció venir al tratamiento en forma espontánea y muy resuelta puede revelarnos después que no era así; y, viceversa, alguien puede acercarse pretextando un consejo o una exigencia familiar y, sin embargo, tener un deseo auténtico. A veces, por último, la falta de espontaneidad, de autenticidad, está engarzada en la patología misma del paciente, como en el caso de la *as if personality*, de Helene Deutsch (1942), y entonces es parte de nuestra tarea analizarla y resolverla en la medida que nos sea posible. Este problema también puede verse desde la perspectiva de la renuncia altruista de Anna Freud (1936), en cuanto estos individuos sólo pueden tener acceso al análisis en función de otros y no de sí mismos, tema al que también se refiere Joan Rivière en su artículo sobre la reacción terapéutica negativa, de 1936. De todos modos, en estos casos, la indicación es siempre más vidriosa y peor el pronóstico. Cuando Bion estuvo en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1968, supervisó un caso que venía mandado por su mujer. ¿Y este hombre siempre hace lo que le manda su mujer?, preguntó el sagaz Bion.

En el Simposio de Copenhague, Kuiper (1968) afirma acertadamente que la motivación para el análisis y el deseo de conocerse a sí mismo son decisivos, más tal vez que el tipo de enfermedad y otras circunstancias, si bien se declara decidido partidario de no extender los alcances del psicoanálisis sino de retraerlos a los cuadros neuróticos clásicos. Aumentar los límites de las indicaciones, dice Kuiper, conduce a peligrosas variaciones de la técnica, lo que es nocivo para el analista ya formado y más para el candidato.

Quizá quien ha planteado este problema con más rigor es Janine Chasseguet-Smirgel (1975), en sus estudios sobre el ideal del yo. Dice esta autora que, más allá del diagnóstico, hay dos tipos de pacientes en cuanto a su comportamiento en el tratamiento psicoanalítico. Están los pacientes con un conocimiento espontáneo e intuitivo del método psicoanalítico, con un auténtico deseo de conocerse a sí mismos y llegar al fondo de los problemas, que buscan la *voie longue* de un análisis completo y riguroso. Otros, en cambio, buscarán resolver sus conflictos siempre por la *voie courte*, porque son incapaces de captar la gran propuesta humana que el análisis formula y carecen del insight que les permita tomar contacto con sus conflictos. Se trata, pues, como vemos, de una actitud frente al análisis (y diría yo que también frente a la vida), que gravita honda y definitivamente en el proceso y, por su índole, no siempre puede modificarse con nuestro método.

No debe confundirse la motivación para el análisis con la búsqueda de un alivio concreto frente a un síntoma o a una determinada situación de conflicto. Esta última actitud, como señalara Elizabeth R. Zetzel en Copenhague, implica una motivación muy laxa, que se pierde con la disolución del síntoma y conduce de inmediato a un desinterés en la continuidad del proceso, cuando no a una rápida huida a la salud.

A veces estos problemas pueden presentarse en forma muy sutil. Un analista didáctico recibe un candidato muy interesado por su formación y apenas preocupado por sus graves síntomas neuróticos. Luego de un breve período de análisis en que el candidato se hizo cargo de que el tratamiento le ofrecía una posibilidad cierta de curación, empezó a aparecer en los sueños el deseo de ser considerado un paciente y no un colega, junto con un vivo temor de ver interrumpido su análisis al haber cambiado su objetivo. En este caso, la auténtica motivación en búsqueda de sí mismo estaba encubierta por otra menos valiedera, que pudo ser abandonada gracias al análisis mismo. Como era de suponer, aquel candidato es hoy un excelente analista. Por desgracia, la situación inversa en que el tratamiento sólo es pretexto para acceder a la categoría de psicoanalista es mucho más frecuente.

Un factor del entorno social o familiar que influye en la posibilidad y el desarrollo del análisis es que el futuro paciente disponga de un medio adecuado que lo soporte cuando falta el analista, es decir entre sesión y sesión, en el fin de semana y en las vacaciones. Una persona que está totalmente sola es siempre difícil de analizar. Desde luego que esto varía con la psicopatología del paciente y con las posibilidades de cada uno de encontrar compañía, fuera o dentro de sí mismo. En el neurótico, por definición, existe internamente este soporte; pero aun así también se necesita un mínimo de apoyo familiar, que justamente por sus condiciones internas el paciente se procura en la realidad.

Con los niños y mucho más con los psicóticos, los psicópatas, adictos o perversos, si el medio familiar no presta una ayuda concreta, aunque más no sea formal y de tipo racional, la empresa del análisis se hace casi imposible. Cuando el futuro paciente depende de un medio familiar hor-

til al análisis, la tarea será más difícil, y tanto más si esa dependencia es concreta y real, económica, por ejemplo. En nuestra cultura, un marido que mantiene a su familia y quiere analizarse en contra de la opinión de la mujer será un paciente más fácil que una mujer que depende económicamente del marido, considerando igual para ambos el monto de la proyección de la resistencia en el cónyuge. Estos factores, aunque no hagan a la esencia del análisis, deben pesarse en el momento de la indicación.

8. Las indicaciones del análisis de niños

Las arduas controversias sobre indicaciones y contraindicaciones del análisis de niños y adolescentes se fueron modificando y atenuando en el curso de los años, no menos que los desacuerdos sobre la técnica.

Freud fue el primero en aplicar el método psicoanalítico en los niños, tomando a su cargo el tratamiento del pequeño Hans, un niño de cinco años con una fobia a los caballos (Freud, 1909a). Como todos sabemos, Freud realizó ese tratamiento a través del padre de Hans; pero lo hizo desplegando los principios básicos de la técnica analítica de aquellos tiempos, esto es, interpretándole al pequeño sus deseos edípicos y su angustia de castración. Al comentar el caso al final de su trabajo, Freud subraya que el análisis de un niño de primera infancia ha venido a corroborar sus teorías de la sexualidad infantil y el complejo de Edipo y, lo que es más importante para nuestro tema, que el análisis puede aplicarse a los niños sin riesgos para su culturalización.

Estos avanzados pensamientos freudianos no fueron después retomados a lo largo de su obra. Sólo al final de su vida volvió al tema del análisis infantil en las *Nuevas conferencias* (1933a), donde dice otra vez que el análisis de los niños sirvió no sólo para confirmar en forma viva y directa las teorías elaboradas en el análisis de adultos, sino también para demostrar que el niño responde muy bien al tratamiento psicoanalítico, de modo que se obtienen resultados halagüeños y duraderos. (Conferencia n° 34: «Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones, AE, 22, págs. 126 y sigs.).

Los primeros analistas de los años veinte discrepaban en muchos puntos de la técnica para analizar niños y en la edad a partir de la cual el tratamiento puede ser aplicado. Hug-Hellmuth sostenía en su pionera presentación al Congreso de La Haya que un análisis estricto con arreglo a los principios del psicoanálisis sólo puede llevarse a cabo desde los siete u ocho años.³ En su *Einführung in die Technik der Kinderanalyse* (Introducción a la técnica del análisis de niños), publicada en 1927 sobre la base de cuatro conferencias que dio un año antes en la Sociedad de Viena, Anna Freud también considera que el análisis sólo puede aplicarse a los niños a partir de la latencia y no antes. En la segunda edición de su libro, sin embargo, publicada en Londres en 1946 con el título de *The*

³ *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 2, 1921, pág. 289.

psycho-analytical treatment of children, la autora extiende mucho este límite y piensa que son analizables los niños de primera infancia, desde los dos años.⁴

Melanie Klein, por su parte, siempre pensó que los niños podían analizarse en la primera infancia, y de hecho trató a Rita cuando tenía 2 años y 9 meses.

Si dejamos de lado la apasionada polémica que tiene uno de sus puntos culminantes en el *Simposio sobre análisis infantil* de la Sociedad Británica de 1927,⁵ podemos concluir que la mayoría de los analistas que siguen a Anna Freud y a Melanie Klein piensan que el análisis es aplicable a niños de primera infancia y que todos los niños, normales o perturbados, podrían beneficiarse con el análisis. El análisis del niño normal, sin embargo, dice sabiamente Anna Freud (1965, cap. 6), se asigna una tarea que pertenece por derecho al niño mismo y sus padres.⁶ En cuanto al límite de edad, Anna Freud señala con toda razón en el capítulo 6 recién citado, que si el niño ha desarrollado síntomas neuróticos es porque su yo se ha opuesto a los impulsos del ello, y esto permite suponer que estará dispuesto a recibir ayuda para triunfar en su lucha.

Uno de los casos más notables de intento de un análisis temprano de la bibliografía es el de Arminda Aberastury (1950), que estudió a una niña de 19 meses con una fobia a los globos. La fobia, que hizo eclosión al comienzo del nuevo embarazo de la madre, fue evolucionando significativamente hasta transformarse en una fobia a los ruidos de cosas que explotan o estallan, a medida que la gestación de la madre iba llegando a su término. En ese momento la analista realizó una sesión con la niña, donde pudo interpretar los principales contenidos de la fobia, al parecer con buena recepción por parte de la diminuta paciente, que después de esa única sesión no retornó al tratamiento.

También parece haber terminado la polémica sobre el alcance del psicoanálisis de niños, que parece aplicable tanto a las neurosis infantiles como a los trastornos no neuróticos (trastornos del carácter y la conducta, niños fronterizos y psicóticos).

⁴ *Writings*, vol. 1: «Introduction», pág. viii.

⁵ El Simposio tuvo lugar el 4 y el 18 de mayo y se publicó en el *International Journal of Psychoanalysis* el mismo año (vol. 8, págs. 339-91). Participaron Melanie Klein, Joan Rivière, M. N. Parnik, Ella F. Sharpe, Edward Glover y Ernest Jones.

⁶ *Writings*, vol. 6, pág. 218.

3. Analizabilidad

Vimos en el capítulo anterior que la indicación del psicoanálisis, cuando no hay una contradicción específica e irrecusable, es siempre un proceso complejo en el que hay que computar una serie de factores. Ninguno de ellos es de por sí determinante, si bien algunos pueden pesar más que otros. Sólo después de evaluar ponderadamente todos los elementos surge como resultante la indicación. Veremos de inmediato que las cosas son todavía más complejas, porque los conceptos de analizabilidad y accesibilidad, que ahora discutiremos, están más allá de las indicaciones.

1. El concepto de analizabilidad

El Simposio de Copenhague mostró, como hemos dicho, una tendencia general a estrechar las indicaciones del tratamiento psicoanalítico. v este intento tomó su forma más definida en el concepto de *analizabilidad*, introducido por Elizabeth R. Zetzel, uno de los voceros más autorizados de la psicología del yo. Con este trabajo culmina una larga investigación de la autora sobre la transferencia y la alianza terapéutica, que se inicia con el trabajo de 1956 (presentado un año antes al Congreso de Ginebra) y se despliega en sus relatos a los tres congresos panamericanos de psicoanálisis, que tuvieron lugar en México (1964), Buenos Aires (1966) y Nueva York (1969). En este, que fue por desgracia el último de la serie, puede discutir con ella la primera sesión de análisis (Etchegoyen, 1969).

Si bien el trabajo de la doctora Zetzel en Copenhague se refiere exclusivamente a la histeria femenina, asienta en criterios que marcan los límites de la analizabilidad en general (Zetzel, 1968).

El punto de partida de Zetzel es que las relaciones de objeto se establecen *antes* de la situación edípica y son de naturaleza diádica. En la etapa preedípica del desarrollo, pues, el niño establece una relación objetal bipersonal con la madre y con el padre, que son independientes entre sí. Consolidar este tipo de vínculo es un requisito indispensable para que se pueda enfrentar después la relación triangular del complejo de Edipo. Lo que falla por definición en el neurótico es justamente la relación edípica, que es la que se alcanza por vía regresiva en el análisis como neurosis de transferencia. Porque para Zetzel (como para Goodman) la neurosis de transferencia reproduce el complejo de Edipo, mientras que la alianza terapéutica es pregenital y diádica (1966, pág. 79).

El establecimiento de firmes relaciones de naturaleza diádica con la madre y el padre independientemente crea las condiciones para plantear y, en el mejor de los casos, resolver la situación edípica, sobre la base de la confianza básica de Erickson, ya que equivale a la posibilidad de distinguir entre realidad externa y realidad interna. Como se comprende, distinguir realidad interna y realidad externa importa tanto en el tratamiento psicoanalítico como deslindar la neurosis de transferencia de la alianza terapéutica. Esta capacidad de discriminación se acompaña de una tolerancia suficiente frente a la angustia y la depresión del complejo de Edipo, con lo que se abre la posibilidad de renunciar a él, de superarlo. Es en este sentido que la doctora Zetzel (1966, pág. 77) establece un vínculo entre sus ideas y la confianza básica de Erickson (1950), así como también con el concepto de posición depresiva de Melanie Klein (1935, 1940).

Las personas que no pudieron cumplir estos decisivos pasos del desarrollo serán inanalizables, en cuanto tenderán continuamente a confundir al analista como persona real con las imagos sobre él transferidas.

En los dos primeros congresos panamericanos la doctora Zetzel había expuesto en forma clara sus criterios de analizabilidad. Su trabajo «*The analytic situation*» (1964), presentado al primero de estos certámenes (México, 1964) y publicado dos años después,¹ consigna las funciones básicas para desarrollar la alianza terapéutica, y que son: 1) la capacidad de mantener la confianza básica en ausencia de una gratificación inmediata; 2) la capacidad de mantener la discriminación entre el objeto y el self en ausencia del objeto necesitado; y 3) la capacidad potencial de admitir las limitaciones de la realidad (pág. 92).

2. La buena histérica

Sobre estas bases, Elizabeth R. Zetzel sostiene que, a pesar de que la histeria es por excelencia la neurosis de la etapa genital (o mejor dicho fálica), muchas veces la genitalidad es sólo una fachada detrás de la cual el analista va a descubrir fuertes fijaciones pregenitales que harán su trabajo sumamente difícil, cuando no del todo infructuoso.

Con humor recuerda la doctora Zetzel una canción infantil inglesa, la de la niña que, cuando es buena, es muy pero muy buena, pero cuando es mala, es terrible, para diferenciar a las mujeres histéricas justamente en esas dos categorías, buena (analizable) y mala (inanalizable).

En realidad, Zetzel distingue *cuatro* formas clínicas de histeria femenina en punto a la analizabilidad.

El *grupo 1* corresponde a la buena histérica, la verdadera histérica que se presenta lista para el análisis. Se trata por lo general de una mujer joven que ha pasado nítidamente su adolescencia y ha completado sus

¹ R. E. Litman (1966).

estudios. Es virgen o ha tenido una vida sexual insatisfactoria, sin ser frígida. Si se ha casado, no ha podido responder cabalmente en su vida de pareja, mientras que en otras esferas puede mostrar logros muy positivos (académicos, por ejemplo). Estas mujeres se deciden por el análisis cuando comprenden, de pronto, que sus dificultades están dentro de ellas mismas y no afuera. El análisis muestra que la situación edípica se planteó pero no se pudo resolver, muchas veces por obstáculos externos reales, como la pérdida o separación de los padres en el acmé de la situación edípica.

El *grupo 2* es el de la buena histórica potencial. Se trata de un grupo clínico más abigarrado que el anterior, con síntomas dispares. Son mujeres por lo general un poco más jóvenes que las del primer grupo y siempre más inmaduras. Las defensas obsesivas egosintónicas que prestan unidad y fortaleza a las mujeres del grupo anterior no se estructuraron satisfactoriamente en este, de modo que hay rasgos pasivos en la personalidad y menos logros académicos o profesionales. El problema mayor de este grupo en cuanto al análisis es el período de comienzo, en que pueden sobrevenir regresiones intensas que impiden establecer la alianza de trabajo, o una huida hacia la salud que lleve a una brusca interrupción. Si estos riesgos pueden sortearse, el proceso analítico se desarrollará sin mayores inconvenientes y la fase terminal podrá resolverse en forma satisfactoria.

El *grupo 3* ya pertenece a la *so called good hysteric* y sólo puede ser analizable a través de un tratamiento largo y dificultoso. Se trata de caracteropatías depresivas que nunca pudieron movilizar sus recursos o reservas ante cada crisis vital que debieron enfrentar. A su baja autoestima se suma el rechazo de su femineidad, la pasividad y el desvalimiento. A pesar de estas dificultades, se trata de mujeres atractivas y con innegables méritos, que encubren su estructura depresiva con defensas históricas organizadas alrededor de la seducción y el encanto personal. Consultan por lo general más tarde que los grupos anteriores, derrotadas ya y con un considerable menoscabo de sus funciones yoicas. Si estas pacientes entran en análisis muestran bien pronto su estructura depresiva, con una fuerte dependencia y pasividad frente al analista. El proceso analítico se hace difícil de manejar, en cuanto la paciente no logra discriminar entre la alianza de trabajo y la neurosis de transferencia. La etapa final del análisis lleva a serios problemas, cuya consecuencia es el análisis interminable.

El *grupo 4* comprende la más típica e irredimible *so called good hysteric*. Cuadros floridos con acusados rasgos de apariencia genital, demuestran en el tratamiento, sin embargo, una notoria incapacidad para reconocer y tolerar una situación triangular auténtica. La transferencia asume precozmente, con frecuencia, un tono de intensa sexualización que apoya en un deseo tenaz de obtener una satisfacción *real*.² Incapaces de distinguir la realidad interna de la externa, estas históricas hacen

² Esta singular configuración será estudiada con detalle en el capítulo 12.

imposible la alianza terapéutica, base para que se instaure una neurosis de transferencia analizable. A pesar de la apariencia, a pesar del manifiesto erotismo, la estructura es pseudoedípica y pseudogenital. Son pacientes que tienden a desarrollar prematuramente una intensa transferencia erotizada, ya desde las entrevistas cara a cara, observación que habremos de considerar cuando discutamos el concepto de regresión terapéutica. La historia de estas personas revela alteraciones de importancia en los años infantiles, como ausencia o pérdida de uno de los padres o de ambos en los primeros cuatro años de la vida, padres severamente enfermos con un matrimonio desafortunado, enfermedad física prolongada en la infancia o ausencia de relaciones objetales significativas con adultos de ambos sexos.

3. El obsesivo analizable

Cuando el tema de la analizabilidad vuelve a plantearse en el libro póstumo de Elizabeth R. Zetzel,³ publicado en colaboración con Meissner, se confirman y precisan sus anteriores puntos de vista. En el capítulo 14 de este libro, Zetzel vuelve a plantear su teoría sobre la analizabilidad de la histeria, pero agrega interesantes consideraciones sobre la analizabilidad de la neurosis obsesiva.

En primer lugar, nuestra autora sostiene que el neurótico obsesivo analizable no presenta dificultades para entrar en la situación analítica, pero sí para desarrollar una neurosis de transferencia franca y analizable durante el primer tiempo de análisis. Los pacientes histéricos, en cambio, desarrollan con facilidad y rapidez una franca neurosis de transferencia, pero les cuesta establecer la situación analítica (alianza terapéutica). En otras palabras, la neurosis obsesiva tiene dificultades con el proceso analítico y la histeria con la situación analítica.

Lo decisivo para determinar la analizabilidad de los pacientes obsesivos es que sean capaces de tolerar la regresión instintiva, para que se constituya la neurosis de transferencia sin que por ello sufra la alianza terapéutica. En otras palabras, el obsesivo tiene que poder tolerar el conflicto pulsional entre amor y odio de la neurosis de transferencia, distinguiéndolo de la relación analítica.

Así como los síntomas histéricos no son una prueba suficiente de analizabilidad, tampoco podemos basar nuestra indicación terapéutica en la presencia de síntomas obsesivos. El paciente obsesivo analizable muestra siempre que alcanzó a establecer una genuina relación independiente (diádica) con cada padre, y que sus problemas derivan del irresuelto conflicto triangular edípico. Cuando las formaciones reactivas y en general las defensas obsesivas aparecieron *antes* de la situación edípica genital, entonces el paciente será obsesivo, pero no analizable. Si estas

³ La doctora Zetzel murió a fines de 1970, a la edad de 63 años. El libro se publicó en 1974.

El paciente de difícil acceso que describe Betty Joseph no responde a una peculiar categoría diagnóstica, si bien la autora vincula su investigación con la personalidad *como si* de Helene Deutsch (1942), el falso self de Winnicott (1960a), la pseudomadurez de Meltzer (1966) y los pacientes narcisistas de Rosenfeld (1964b). Se trata, más bien, de un tipo especial de disociación por el cual una parte del paciente —la parte «paciente» del paciente, como dice la autora— queda mediatizada por otra que se presenta como colaboradora del analista. Sin embargo, esta parte, que aparentemente colabora, no constituye en verdad una alianza terapéutica con el analista sino que, al contrario, opera como un factor hostil a la verdadera alianza.⁴ Parecen colaborar, hablan y discuten en forma adulta, pero se vinculan como un aliado falso que habla con el analista del paciente que él mismo es. El problema técnico consiste en *lle-gar* a esa parte necesitada que permanece bloqueada por la otra, la pseudocolaboradora.

Lo que aparece en estos casos como asociación libre es simplemente un acting out que intenta guiar al analista, cuando no lo impulsa a «interpretar» lo que el paciente quiere; otras veces, una interpretación verdadera se utiliza para otros fines, para saber las opiniones del analista, para recibir su consejo o aprender de él. El analizado malentiende las interpretaciones del analista, tomándolas fuera de contexto o parcialmente.

En otras ocasiones, la parte del yo con la que debemos establecer contacto se hace inaccesible porque se proyecta en un objeto, que puede ser el analista mismo. El resultado es que el analizado permanece sumamente pasivo y el analista, si cede a la presión de lo que se le ha proyectado, asume un papel activo y siente deseos de lograr algo, lo que no es más que un acting out contratrasferencial.

A lo largo de todo su trabajo, Joseph insiste en la necesidad de tratar el material más desde el punto de vista de la forma en que surge que del contenido, para aclarar cuáles fueron las partes del yo desaparecidas y dónde hay que ir a buscarlas. Las interpretaciones de contenido son las que más se prestan a que el paciente malentienda, muchas veces porque en ellas hay un error técnico del analista, esto es, un acting out de lo que el paciente le proyectó y que el analista no supo contener adecuadamente dentro de sí. De esta forma, el analista queda identificado con una parte del self del paciente, en lugar de analizarla.

El concepto de accesibilidad, en conclusión, surge del trabajo analítico y se propone descubrir las razones por las que un paciente se hace inaccesible o casi inaccesible al tratamiento psicoanalítico, pensando que el fenómeno debe explicarse en términos del narcisismo y de tipos especiales de disociación; pero no es útil para predecir lo que va a suceder en el curso de la cura, lo que tampoco se propone, a diferencia de los criterios de analizabilidad.

⁴ Compárese con la pseudoalianza terapéutica de Rabin (1981).

6. La pareja analítica

El último tema que vamos a discutir es muy apasionante, y es el problema de la *pareja analítica*. Analistas de diversas escuelas creen firmemente en que la situación analítica, en cuanto encuentro de dos personalidades, queda de alguna manera determinada por ello, por ese encuentro, por la pareja; otros, en cambio, y yo entre ellos, no lo creen y piensan que este concepto no es convincente.

El concepto de analizabilidad, ya lo hemos visto, es algo que se refiere específicamente al paciente; y sin embargo, como acabamos de ver, en última instancia puede también comprender al analista. El concepto de accesibilidad es más vincular: sería difícil decir que un paciente no es accesible *per se*; más lógico es decir que en la práctica el paciente no lo ha sido para mí y, por tanto, que estoy involucrado en su fracaso. Sin embargo, al menos como yo lo entiendo, el concepto de la pareja analítica en cuanto a la indicación va mucho más allá de esa responsabilidad compartida, porque nadie podría discutir que en una empresa como el análisis el buen o el mal éxito pertenece a ambos integrantes. Lo mismo se dice, y con igual razón, del matrimonio.

Lo que vamos a discutir, sin embargo, es algo más específico: si realmente determinado paciente va a responder mejor a un analista que a otro, o, lo que es lo mismo, que un analista puede tratar mejor a unos pacientes que a otros. Sólo si esto es cierto, entonces el concepto de la pareja analítica se sostiene.

Entre nosotros, Liberman y los Baranger se declaran partidarios del concepto de pareja analítica, si bien con diverso soporte teórico, y en Estados Unidos lo apoyó resueltamente Maxwell Gitelson (1952).

Liberman parte de sus ideas sobre los *estilos lingüísticos complementarios*. La psicopatía es a la neurosis obsesiva, por ejemplo, lo que el lenguaje de acción (estilo épico) es al lenguaje reflexivo (estilo narrativo).⁵ El tratamiento de una neurosis obsesiva empieza a ser exitoso cuando el individuo puede apelar más al lenguaje de acción; y, viceversa, una psicopatía empieza a modificarse cuando el paciente puede reflexionar, cuando empieza a darse cuenta, de repente, que ahora tiene «inhibiciones», y tiene que pensar.⁶

Entiendo que Liberman habla de estilos complementarios, más que en el aspecto psicopatológico, en el instrumental: para interpretar a un **obsesivo** hay que instrumentar un lenguaje de acción, un lenguaje de **logros**, como gusta decir Bion; viceversa, una buena interpretación para un **psicópata** es simplemente detallarle, en forma ordenada, lo que ha **hecho**, mostrándole las secuencias y consecuencias de su acción; esto que no parece una interpretación es la más cabal interpretación para ese caso.

⁵ (1970-72), vol. 2, cap. VI: «Los datos iniciales de la base empírica», y cap. VII: «Pacientes con perturbaciones de predominio pragmático. Psicopatías, perversiones, adicciones, psicosis maniaco-depresivas y esquizofrenias».

⁶ Pude seguir paso a paso este proceso fascinante en un psicópata que traté hace años (Fitchegoyen, 1960).

La teoría de los estilos complementarios de Liberman es un valioso aporte a la técnica y a la psicopatología; pero instrumentar operativamente las distintas cualidades yóicas no quiere decir, sin más, que exista la pareja. Lo que hace el analista cabal es formar la pareja que corresponde; y para esto, como dicen Liberman *et al* (1969), el analista debe tener un yo idealmente plástico. Por este camino, a mi juicio, la idea de la pareja más se refuta que se confirma, porque resulta que cuantas más riquezas tonales tenga un analista en su personalidad, mejor analista será. Cuanto más tenga uno esta plasticidad, mejor va a poder hacer la pareja que le corresponda con las notas que al paciente le faltan. En consecuencia, en este sentido, la buena pareja la forma siempre el mejor analista.

Lo que dicen los Baranger (1961-62, 1964) en realidad es diferente. Parten de la teoría del campo y el baluarte. El campo es básicamente una situación nueva, ahistórica, recorrida por líneas de fuerza que tanto parten de uno de los componentes como del otro. En un momento dado, el campo cristaliza alrededor de un *baluarte*, y esto implica que el analista es más sensible a determinadas situaciones. La teoría del baluarte supone que el analista contribuye siempre a su creación, ya que el baluarte es un fenómeno de campo. Si bien el paciente lo construye, el baluarte está siempre ligado a las limitaciones del analista. La pareja fracasa por lo que uno ha hecho y por lo que el otro no ha podido resolver.

En «La situación analítica como campo dinámico» (1961-62), los esposos Baranger definen claramente lo que entienden por campo bipersonal de la situación analítica y afirman que es un campo de pareja que se estructura sobre la base de una fantasía inconciente que no pertenece solamente al analizado sino a ambos. El analista no puede ser espejo, si más no fuera porque un espejo no interpreta (1969, pág. 140).

No se trata meramente de entender la fantasía básica del analizado sino de acceder a algo que se construye en una relación de pareja. «Esto implica, naturalmente, una posición de mucha renuncia a la omnipotencia de parte del analista, es decir, una limitación mayor o menor de las personas a quienes podemos analizar. No hace falta decir que no se trata de la 'simpatía' o 'antipatía' posible que podamos sentir a primera vista con un analizado, sino de procesos mucho más complicados» (*ibid.*, pág. 141).

Esta posición es bien clara, y sin embargo no se acompaña de una explicación satisfactoria sobre estos procesos «mucho más complicados»; porque podría ser que la complejidad tuviera que ver con las sutilezas del análisis, que ponen siempre a prueba al analista, y no específicamente con la interacción. Habría que demostrarlo, y mientras esperamos esa demostración podemos seguir pensando que el mejor analista es el que mejor salva las asechanzas continuas e imprevisibles del proceso analítico, el que mejor desarma los baluartes.

Partiendo de supuestos teóricos diferentes, Gitelson es también un decidido partidario de la importancia de la pareja analítica, como puede verse en su recordado trabajo de 1952. Este ensayo es, ante todo, un

estudio de la contratrasferencia, con muchas reflexiones sobre la concordancia entre analista y paciente, sobre todo al comienzo del análisis. Siguiendo, como Rappaport (1956), la inspiración de Blitzsten, Gitelson se ocupa del significado que puede tener, para el proceso analítico, la aparición del analista en persona en el primer sueño del analizado, y una de las consecuencias que deriva de esta circunstancia es que, a veces, corresponde un cambio de analista. En este caso, pues, el concepto de pareja analítica se sustenta en una peculiar configuración del fenómeno de transferencia y contratrasferencia.⁷

Se podría pensar que la idea de *rêverie* de Bion (1962b) apoya el concepto de pareja analítica. Lo que postula Bion es una capacidad de resonancia con lo que proyecta el paciente; pero esto no tiene por qué depender de determinados registros, sino de una capacidad global de la personalidad. El analista recibe al paciente tanto más cuanto más *rêverie* tiene, en otras palabras, cuanto mejor analista es. Lo que pone un límite a nuestra tarea es la capacidad de entender; pero esta capacidad no es necesariamente específica, no está probado que ella se refiera a un determinado tipo de enfermo. Se puede pensar válidamente que es, más bien, una manera general de funcionar del analista. Estos argumentos convienen todavía más a la idea de *holding* de Winnicott (1955), que se presenta claramente como una condición que no depende especialmente del paciente. El concepto de *holding*, a mi juicio, sugiere menos la pareja que el de *rêverie*.

Hay otras razones para descreer de la pareja. En realidad, la función analítica es muy compleja y, a la corta o a la larga, el analizado siempre encuentra el talón de Aquiles del analista. Este, finalmente, va a tener que dar la batalla en los peores lugares, porque allí la planteará aquel; y saldrá airoso en la medida en que pueda superar sus dificultades personales y sus limitaciones técnicas y teóricas. Como dice Liberman (1972), el paciente retroalimenta no sólo los aciertos del analista sino también sus errores, de modo que, tarde o temprano, la dificultad aparecerá. Si a mí no me gusta tratar neuróticos obsesivos, porque los encuentro aburridos o carentes de imaginación, simpatía o espontaneidad, al cabo de un cierto tiempo todos mis pacientes tendrán rasgos obsesivos, porque justamente no supe resolverlos. O, peor aún, todos mis pacientes serán histéricos seductores o psicópatas divertidos que reprimieron la neurosis obsesiva presente en cada uno de ellos. Más allá de que mi paciente reprima o refuerce esos rasgos, creo que sobreviene una especie de «selección natural»: si yo analizo bien los rasgos histéricos, los esquizoides y los perversos pero descuido los obsesivos, estos síntomas van a ser cada vez más prevalentes. Recuerdo un colega distinguido que me consultó una vez porque muchos de sus pacientes tenían fantasías de suicidio. Estudiando el material de sus pacientes llegué a la conclusión de que él no los analizaba bien en ese punto, en agudo contraste con su buen nivel de trabajo.

⁷ Volveré sobre las ideas de Gitelson al hablar del amor de transferencia y en los capítulos sobre contratrasferencia.

Me dijo entonces que él trataba de no tomar pacientes con tendencias suicidas, porque su hermano mayor se había suicidado cuando él era adolescente. Cuando empecé mi práctica temía al amor de transferencia, y todas las pacientes se enamoraban de mí.

La experiencia tiende a mostrar que los pacientes que fracasan con un analista vuelven a plantear los mismos problemas con otro; y depende de la habilidad del nuevo analista que el problema se resuelva o no. Algunas veces se observa, desde luego, que un paciente que fracasó con un analista o con varios (y en la misma forma) evoluciona favorablemente con uno nuevo. Dejando de lado la idoneidad, hay aquí que considerar varios elementos. Primero, que el o los análisis anteriores pueden haber promovido determinados cambios positivos; y, segundo, la posibilidad de alguna situación específica. Si uno es el cuarto hijo, a lo mejor solamente en el cuarto análisis se pone de manifiesto un funcionamiento mejor. De manera que el paciente no es el mismo y la situación puede ser otra.

7. Pareja analítica y predilecciones

No hay que confundir el problema de la pareja analítica con las *predilecciones* que uno puede tener por determinados casos o enfermedades. Esta disposición es sana y razonable, y no tiene que ver con la contratransferencia. Que un analista elija para tratar un caso de la enfermedad que está estudiando no tiene nada de particular. Si se me ofreciera la oportunidad de tratar a un perverso fetichista, probablemente lo tomaría con fines de investigación; pero no creo que eso fuera a gravitar específicamente en mi contratransferencia, ni que haría con él mejor pareja que con otro analizado. Se han dado, simplemente, condiciones en las que gravita un legítimo interés conciente; y hablo de interés conciente para destacar que este tipo de elección es racional. El interés que puede despertar un caso, el entusiasmo incluso, gravitan de hecho en la marcha de un análisis, pero en una forma más racional y menos específica que lo que supone la teoría de la pareja analítica. Hace tiempo vino a verme una colega joven que me dijo que quería hacer conmigo su análisis didáctico. Entre las razones que expuso fue la de que soy vasco, como ella. Me pareció una razón atendible y simpática, y en realidad lamenté no tener hora para complacerla. No creo, sin embargo, que por esa razón hubiéramos formado una pareja mejor.

La idea de la pareja analítica lleva, a veces, a un tipo de selección singular. Que un homosexual latente o manifiesto prefiera a un analista de su sexo o del sexo contrario, o que un hombre envidioso rehúse tratarse con un analista de prestigio, son problemas que deben resolverse dentro del análisis y no antes, buscando un analista que «haga juego». Porque la teoría que estamos discutiendo se basa en buscar un analista que se adecue a la personalidad del paciente.

Hemos discutido esto teóricamente; pero todavía hay que agregar una objeción práctica importante, y es que no es fácil darse cuenta, en una o dos entrevistas, de la personalidad profunda del futuro paciente. Como decía Hamlet, y Freud nos lo recuerda, no es fácil tañer el instrumento anímico. Me inclino a pensar que muchas de estas selecciones se hacen sobre bases endebles y poco científicas, y a veces hasta demasiado simplistas.

Distinto es que el paciente lo pida. Si viene un paciente y me dice que quiere analizarse con un analista joven o viejo, hombre o mujer, argentino o europeo, yo trato de complacerlo para no violentarlo y para no agregar otra resistencia en la fase de apertura de su análisis, pero no pienso que así se constituirá una pareja mejor. En ese caso, sólo se podrá constituir una buena pareja cuando se analice la fantasía inconciente que motiva dicha predilección. No hay que olvidar que el análisis es una experiencia honda y singular, que nada tiene de convencional. Un colega eminente, un psiquiatra brillante, me mandó una vez una muchacha homosexual, convencido de que necesitaba un analista varón. El epicentro de mi relación con la enferma, sin embargo, fue la transferencia materna. El padre sólo apareció con fuerza al final del tratamiento, cuando el complejo de Edipo directo alcanzó su plena intensidad; la perversión había remitido mucho antes.

Puede asegurarse que cuantas más exigencias tiene el paciente para elegir analista, más difícil va a ser su análisis; pero eso es algo que depende de su psicopatología, no de la pareja. Una mujer que se hallaba algo más allá de la crisis de la edad media de la vida me vino a pedir que la analizara porque le habían hablado bien de mí amigos comunes. Le dije que no tenía hora, pero que la podía derivar. Aceptó en principio, pero me advirtió que ella quería analizarse con un analista hombre que no fuera judío. La remití a un colega de primera línea de familia italiana, pero no quiso saber nada. No podía comprender que la hubiera mandado a ese analista que era un desastre, que no se daba cuenta de nada. Agregó que lo había pensado nuevamente y que había decidido no analizarse. Un tiempo después vino a decirme que de nuevo había decidido analizarse; pero sería conmigo e iba a esperar el tiempo necesario. Comprendí la gravedad de su estado y decidí hacerme cargo. Contra mis propias suposiciones (o prejuicios), esa mujer hizo al principio un excelente análisis que refutó todas mis hipótesis. Había en su historia un serio intento de suicidio y era una enferma realmente muy grave; y, sin embargo, el hecho de que hubiera elegido su analista y que este le respondiera parecía haber facilitado la tarea. Finalmente, sin embargo, y cuando yo pensaba que la situación estaba estabilizada de manera definitiva, interrumpió de un día para otro, ¡y por lo tanto me hizo equivocar dos veces y no uno!

Cuando uno toma un paciente debe pensar que toma muchos pacientes, y que este «muchos pacientes» que es el paciente en realidad nos exigirá que seamos todos los analistas posibles: esta es, tal vez, la mayor objeción que yo hago a la idea de la pareja analítica.

En resumen, no sólo hemos estudiado la idea de la pareja analítica, sino que hemos hecho su crítica y hemos visto otro aspecto, el de las predilecciones del paciente y del analista que, a modo de las afinidades electivas de Goethe, debe tenerse en cuenta. Esto no es ya, sin embargo, algo que tenga que ver con el diálogo analítico, sino con la situación convencional que el análisis empieza siendo y deja pronto de ser.

4. La entrevista psicoanalítica: estructura y objetivos

Hemos seguido hasta este momento, creo, un curso natural en el desarrollo de nuestros temas: empezamos por definir el psicoanálisis, nos ocupamos luego de sus indicaciones y ahora nos toca estudiar el instrumento para establecerlas, la *entrevista*. Vamos a seguir muy de cerca el trabajo de Bleger (1971), claro y preciso, verdadero modelo de investigación.¹

1. Delimitación del concepto

El término entrevista es muy amplio: todo lo que sea una «visión» entre dos (o más) personas puede llamarse entrevista.² Parece, sin embargo, que la denominación se reserva para algún encuentro de tipo especial, no para contactos regulares. «Vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en lugar determinado, para tratar o resolver un negocio», dice el *Diccionario de la lengua española de la Real Academia* (1956). Esta vista, pues, tiene por finalidad discutir o desbrozar alguna tarea concreta entre personas determinadas que respetan ciertas constantes de lugar y de tiempo. Una entrevista periodística, por ejemplo, consiste en que un reportero vaya a ver a una persona, digamos un político, para recabar sus opiniones respecto de un tema de actualidad. En este sentido, es necesario delimitar a qué entrevista nos vamos a referir nosotros en esta sección del libro.

Como lo dice el título, nos ocuparemos de la *entrevista psicoanalítica*, entendiendo por ello la que se hace antes de emprender un tratamiento psicoanalítico. Su finalidad es decidir si la persona que consulta debe realizar un tratamiento psicoanalítico, lo que depende de lo que ya estudiamos, las indicaciones y contraindicaciones.

Esta definición, sin embargo, que es la más estricta y consiguientemente la más precisa, adolece de la falla de ser, justamente, un poco

¹ El trabajo de Bleger fue publicado en 1964 por el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, de donde Bleger fue eminente profesor, y pasó luego a integrar, en 1971, el libro *Temas de psicología*, publicado poco antes de su lamentada muerte.

² Para simplificar la exposición, nos referimos a la entrevista más simple, la que tiene lugar entre un entrevistado y un entrevistador, sin desconocer que el número puede variar en los dos polos.

estrecha. Por esto muchos autores, siguiendo a Harry Stack Sullivan, prefieren hablar de *entrevista psiquiátrica*, que tiene un sentido más amplio.³ De todos modos, el adjetivo crea problemas, ya que la entrevista puede terminar con el consejo de que no corresponde emprender un tratamiento psicoanalítico o psiquiátrico. Por esto, Bleger se inclina por *entrevista psicológica*, acentuando que el objetivo es hacer un diagnóstico psicológico, que su finalidad es evaluar la psiquis (o personalidad) del entrevistado, más allá de que esté sano o enfermo.

Si bien es cierto, entonces, que entendemos por entrevista psicoanalítica la que tiene como principal objetivo decidir sobre la procedencia de un tratamiento psicoanalítico, nos reservamos un rango de elección más amplio. De modo que no vamos a limitarnos a decirle al entrevistado que debe analizarse o que no debe hacerlo porque, en este último caso, es probable que ofrezcamos alguna alternativa, como otro tipo de psicoterapia o un tratamiento farmacológico; y entonces la entrevista que se inició como analítica termina por ser psiquiátrica.

Desde el particular punto de vista que estamos considerando, el mejor título para esta sección quizá podría ser, simplemente, «La entrevista», sin adjetivos.

Estas precisiones son pertinentes; pero hay que señalar que califican la entrevista por sus objetivos, y no por su técnica o por quien la realiza. Con este otro enfoque podremos decir válidamente que una entrevista es psicoanalítica cuando se la lleva a cabo con los métodos del psicoanálisis y (si queremos ponernos más formales) cuando la realiza un psicoanalista.

2. Características definitorias

Acabamos de ver que la entrevista es una *tarea* que puede entenderse por sus objetivos o por su método.

Como cualquier otra relación humana, la entrevista puede definirse a partir de la tarea que se propone, de sus *objetivos*. Estos están siempre presentes y, aunque no se los explicita ni se los reconozca formalmente, gravitan, cuando no deciden, el curso de la relación.

Los objetivos, a su vez, se rigen por pautas, pautas que siempre existen aunque no se las reconozca. Por esto se hace necesario definir *siempre* explícitamente las pautas al comienzo de la entrevista, más allá de que se advierta o no alguna duda por parte de la persona entrevistada.

No menos importante es definir la entrevista al comenzar a estudiarla, porque de esta forma se aclaran problemas que a veces confunden. Digamos para comenzar que los objetivos de la entrevista son radi-

³ Harry Stack Sullivan, sin duda uno de los más grandes psiquiatras de nuestro siglo, formó con Karen Horney y Erich Fromm el neopsicoanálisis de los años treinta. Su perdurable libro *La entrevista psiquiátrica* se publicó póstumamente en 1954, con el patrocinio de la Fundación Psiquiátrica William Alanson White, tomando por base las conferencias que Sullivan pronunció en 1944 y 1945, con algunos agregados de sus clases de 1946 y 1947.

calmente distintos de los de la psicoterapia, un punto en que muchos autores, como Bleger (1971) y Liberman (1972), insisten con razón. En un caso, el objetivo es orientar a una persona hacia una determinada actividad terapéutica; en el otro, se realiza lo que antes se indicó. De modo que la primera condición es delimitar con rigor los fines de la entrevista. Así podremos decir que solamente será legítimo lo que contribuya a consumir esos fines.

Una norma básica de la entrevista, que en buena medida condiciona su técnica, es la de facilitar al entrevistado la libre expresión de sus procesos mentales, lo que nunca se logra en un encuadre formal de preguntas y respuestas. Como dice Bleger, la relación que se procura establecer en la entrevista es la que da al sujeto la mayor libertad para expresarse, para mostrarse como es. De ahí que Bleger subraye la gran diferencia entre anamnesis, interrogatorio y entrevista. El interrogatorio tiene un objetivo más simple, rescatar información. La entrevista, en cambio, pretende ver cómo funciona un individuo, y no cómo *dice* que funciona. Lo que hemos aprendido de Freud es, justamente, que nadie puede dar una información fidedigna de sí mismo. Si pudiera, estaría de más la entrevista. El interrogatorio parte del supuesto de que el entrevistado sabe o, si queremos ser más ecuánimes, el interrogatorio quiere averiguar lo que el entrevistado sabe, lo que le es conciente. La entrevista psicológica parte, en cambio, de otro supuesto; quiere indagar lo que el entrevistado *no* sabe, de modo que, sin descalificar lo que él nos pueda decir, más va a ilustrarnos lo que podamos observar en el curso de la interacción que promueve la entrevista.

La entrevista psicológica es, pues, una tarea con objetivos y técnica determinados, que se propone orientar al entrevistado en cuanto a su salud mental y al tratamiento que mejor pueda convenirle, si eventualmente le hace falta.

Así delimitada, la entrevista psicológica persigue objetivos que se refieren al que consulta; pero también puede abarcar otras finalidades, si fuera otro el destinatario de sus resultados. Es que nosotros estamos considerando que el beneficiario de la entrevista es el potencial paciente que consulta; pero hay otras alternativas, como que la entrevista se haga en beneficio del entrevistador, que está llevando a cabo una labor de investigación científica; o de terceros, como cuando se selecciona el personal de una empresa o los candidatos de un instituto de psicoanálisis. Si bien estas finalidades pueden combinarse y de hecho no se excluyen, lo que califica a la entrevista es su objetivo primordial.

Hay otra característica de la entrevista que para Bleger tiene valor definitorio, y es la investigación: la entrevista es un instrumento que, al par que aplica el conocimiento psicológico, sirve también para ponerlo a prueba (1972, pág. 9).

Cuando centra su interés en la entrevista *psicológica*, Bleger tiene también el propósito de estudiar la psicología de la entrevista misma. «Queda de esta manera limitado nuestro objetivo al estudio de la entrevista psicológica, pero no sólo para señalar algunas de las reglas prácticas»

que posibilitan su empleo eficaz y correcto, sino también para desarrollar en cierta medida el estudio psicológico de la entrevista psicológica» (*ibid.*, pág. 9). Una cosa son las reglas con que se ejecuta la entrevista (técnica), y otra las teorías en que esas reglas se fundan (teoría de la técnica).

3. El campo de la entrevista

La entrevista configura un *campo*, lo que para Bleger significa que «entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece» *ibid.*, pág. 14). La primera regla —sigue Bleger— consiste en procurar que este campo se configure especialmente por las variables que dependen del entrevistado. Para que esto se cumpla, la entrevista debe contar con un encuadre (*setting*), donde se juntan las constantes de tiempo y lugar, el papel de ambos participantes y los objetivos que se persiguen.⁴

Hemos estudiado hasta ahora, siguiendo a Bleger, las finalidades (objetivos o metas) de la entrevista, su marco y encuadre, y ahora el campo donde se desarrolla la interacción que conduce a las metas.

Para Bleger, «campo» tiene un sentido preciso, el de un ámbito adecuado para que el entrevistado haga su juego, lo que se llama «dar cancha» en nuestro lenguaje popular. Para lograrlo, el entrevistador trata de participar lo menos posible, de modo que tanto mejor está el campo cuanto menos participe. Esto no significa, por cierto, que no participe o pretenda quedar afuera, sino que deja la iniciativa al otro, al entrevistado. De ahí la feliz expresión de Sullivan —que, por otro lado, es el creador de la teoría de la entrevista— de *observador participante*, que tanto le gustaba al maestro Pichon Riviére. De modo que por observador participante yo entiendo aquel que mantiene una actitud que lo reconoce en el campo como un interlocutor que no propone temas ni hace sugerencias y frente al cual el entrevistado debe reaccionar sin que se le dé otro estímulo que el de la presencia, ni otra intención que la de llevar adelante la tarea.

En resumen, el entrevistador participa y condiciona el fenómeno que observa y, como dice Bleger con su precisión característica, «la máxima objetividad que podemos lograr sólo se alcanza cuando se incorpora al sujeto observador como una de las variables del campo» (*ibid.*, pág. 19).

Esta actitud es la más conveniente para alcanzar los fines propuestos, la que mejor nos permite cumplir nuestra labor, que no es otra que ver si a esta persona le conviene o no analizarse o, con más amplitud, si requiere ayuda psiquiátrica o psicológica. Si nos involucramos más allá que lo que nuestra posición de observador participante dictamina, sea preguntando demasiado (interrogatorio), dando apoyo, expresando manifiesta simpatía, dando opiniones o hablando de nosotros mismos, va-

⁴ Más adelante veremos cómo estas ideas pueden aplicarse al tratamiento psicoanalítico.

mos a desvirtuar el sentido de la entrevista, convirtiéndola en un diálogo formal, cuando no en una chabacana conversación. Puede resultar, entonces, que al tratar de consolidar con estos métodos la relación paguemos un precio muy alto, más alto del que pensábamos. A los analistas principiantes hay que prevenirlos, más bien, de lo contrario, una actitud demasiado profesional y hermética, que causa confusión, ansiedad y enojo en el desorientado interlocutor.

La alternativa interrogatorio o entrevista, sin embargo, no debe ser considerada como un dilema inevitable, y es parte de nuestro arte amalgamarlos y complementarlos. Y para esto no hay normas fijas, todo depende de las circunstancias, del campo. A veces puede ocurrir que una pregunta ayude al entrevistado a hablar de algo importante, pero sin olvidar que más importa todavía por qué fue necesaria esa pregunta para que el sujeto pudiera hablar.

Sullivan insistió muchísimo en los procesos de angustia que se dan en la entrevista, tanto a partir del entrevistado cuanto del entrevistador. La angustia del entrevistado nos informa desde luego de primera mano sobre sus problemas; pero a veces es necesario, como diría Meltzer (1967), modular la ansiedad cuando ha alcanzado un punto crítico. Durante la entrevista esto puede ser muy pertinente, porque la tarea del entrevistador no es analizar la ansiedad, y entonces a veces hay que morigerarla para que la finalidad perseguida se cumpla.

Con respecto a la angustia inicial de la entrevista, corresponde aceptarla y no interferirla; pero no si es el artefacto de una actitud de excesiva reserva del entrevistador. Como decía Menninger (1952), el entrevistado dio el primer paso al venir, y es lógico (y humano) que el entrevistador dé el siguiente con una pregunta (neutra y convencional) sobre los motivos de la consulta, para romper el hielo.

4. Encuadre de la entrevista

Como veremos en la cuarta parte de este libro, el proceso psicoanalítico sólo puede darse en un determinado encuadre. También la entrevista tiene su encuadre, que no puede ser otro que el marcado por su objetivo, es decir, recoger información del entrevistado para decidir si necesita tratamiento y cuál es el de elección. Ahora bien, el encuadre se constituye cuando algunas variables se fijan (arbitrariamente) como constantes. A partir de este momento y de esa decisión se configura el campo y se hace posible la tarea.

Hemos dicho en el párrafo anterior que en la entrevista están por igual comprometidos entrevistado y entrevistador y ahora tenemos que estudiar las normas que regulan el funcionamiento de ambos. Debemos señalar en qué forma debe conducirse el entrevistador, que ya sabemos que *participa* en la entrevista, para estudiar objetivamente a su entrevistado. La idea de objetividad inspira a la psicología no menos que a las

ciencias físicas o naturales, pero desde sus propias pautas. El «instrumento» del psicoanalista es su mente, de modo que en la entrevista nosotros vamos a investigar en qué forma se conduce el entrevistado frente a sus semejantes, sin perder de vista que nosotros mismos somos el semejante con el cual esta persona se tiene que relacionar.

El encuadre de la entrevista supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar. El analizado debe saber que la entrevista tiene la finalidad de responder a una consulta suya sobre su salud mental y sus problemas, para ver si necesita un tratamiento especial y cuál debería ser ese posible tratamiento. Esto define una diferencia en la actitud de ambos participantes, ya que uno tendrá que mostrar abiertamente lo que le pasa, lo que piensa y siente, mientras el otro tendrá que facilitarle esa tarea y evaluarlo.

La situación es, pues, asimétrica, y esto surge necesariamente de la función de cada uno, hasta el punto que no es preciso señalarlo sistemáticamente. Una actitud reservada pero cordial, contenida y continente pero no distante forma parte del *rol* del entrevistador, que este conservará después durante todo el tratamiento psicoanalítico si se lo lleva a cabo.

La entrevista se realiza siempre cara a cara y el uso del diván está formalmente proscripto. Por esto es preferible que los dos participantes se sienten frente a un escritorio o, mejor aún, en dos sillones dispuestos simétricamente en un ángulo tal que les permita mirarse o desviar la mirada en forma natural y confortable. Si no se dispone de otra comodidad, el entrevistado se sentará en el diván y el entrevistador en su sillón de analista, lo que tiene el inconveniente de sugerir el arreglo de la sesión y no de la entrevista.

Para iniciar la reunión pueden solicitarse, por de pronto, los datos de identidad del entrevistado, luego de lo cual se le indicará el tiempo que durará la entrevista, la posibilidad de que no sea la única, y se lo invitará a hablar. La entrevista no responde, por cierto, a la regla de la asociación libre, como la sesión psicoanalítica.

No soy personalmente para nada partidario de una apertura ambigua y reñida con los usos culturales, en la que el entrevistador se queda en silencio mirando inexpresivamente al entrevistado, que no sabe qué hacer. Siempre recuerdo la experiencia que me contó un candidato (hoy prestigioso analista) en su primera entrevista de admisión. Saludó a la analista didáctica que lo entrevistaba y, con la nerviosidad del caso, pidió permiso para fumar y encendió un cigarrillo. Muda y con cara de póquer, la entrevistadora lo miraba fijamente mientras él recorría con la vista la habitación buscando en vano un cenicero. Tuvo que levantarse por fin, abrir discretamente la ventana y arrojar el cigarrillo a la calle. Una actitud así es por demás exagerada y opera simplemente como artefacto, no como estímulo para expresarse. Me hace acordar de aquella anécdota del profesor de psiquiatría que, para demostrar a sus alumnos del hospicio la característica frialdad afectiva de los esquizofrénicos, le dijo a un catatónico que su madre había muerto, y el muchacho se desmayó.

5. Técnica de la entrevista

Al fijar los parámetros en que se encuadra la entrevista hemos establecido, implícitamente, las bases de su técnica.

La mayoría de los autores sostiene que la técnica de la entrevista es propia y singular, distinta de la de la sesión de psicoanálisis o de psicoterapia. No sólo los objetivos de una y otra son distintos, lo que forzosamente va a repercutir en la técnica, sino también los instrumentos, ya que la asociación libre no se propone y la interpretación se reserva para situaciones especiales.

Sin recurrir a la asociación libre, que de hecho requiere otro encuadre que el de la entrevista y sólo se justifica cuando tiene su contrapartida en la interpretación, podemos obtener los informes necesarios con una técnica no directiva que deje al entrevistado la iniciativa y lo ayude discretamente en los momentos difíciles.

Un simple mensaje preverbal, como asentir ligeramente con la cabeza, mirar amablemente o formular algún comentario neutro es, por lo general, suficiente para que el entrevistado restablezca la interrumpida comunicación. Rolla (1972) mira al entrevistado que se ha quedado en silencio y lo estimula moviendo la cabeza, diciendo suavemente «sí».

Ian Stevenson (1959), que escribió sobre la entrevista en el libro de Arieti, estimula al entrevistado con gestos ligeros, palabras o comentarios neutros, y hasta con alguna pregunta convencional que surge del material del cliente.

Hay una experiencia por demás interesante de Mandler y Kaplan (1956), citados por Stevenson, que muestra hasta qué punto el entrevistado es sensible a los mensajes del entrevistador. Se le pidió a los sujetos de la experiencia que pronunciaran al acaso todas las palabras que acudieran a su mente, mientras el experimentador permanecía escuchando y profería un gruñido de aprobación cada vez que el sujeto pronunciaba, por ejemplo, una palabra en plural. Bastaba ese estímulo para que aumentara significativamente el número de plurales. Es de suponer cuánto habrá de influir, entonces, nuestro interés, explícito o implícito, en la elección de los tópicos por el entrevistado.

La experiencia de Mandler y Kaplan viene a justificar convincentemente lo que todos sabemos, la importancia que puede tener en la entrevista un gesto de aprobación, una mirada o la más ligera sonrisa, igual que el ¡hum! u otra interjección por el estilo. Lo mismo se logra con la vieja técnica de repetir en forma neutra o levemente interrogativa las últimas palabras del entrevistado:

«Las dificultades, me parece, comenzaron allí.» (*Silencio breve.*)

«Allí...».

«Sí, allí, doctor. Porque fue entonces que...».⁵

⁵ Todas estas técnicas forman el cuerpo teórico de la psicoterapia no directiva de Roger.

6. De la interpretación en la entrevista

Hemos dicho repetidamente que es necesario y conveniente discriminar entre la entrevista y la sesión de psicoterapia. Digamos ahora que una diferencia notoria entre ellas es que en la entrevista no operamos con la interpretación. Liberman es muy estricto en este punto y tiene sus razones; también las tienen los que no lo son tanto y, en algunas circunstancias, interpretan.

Liberman es severo en este punto porque entiende que el setting de la entrevista no autoriza el empleo de ese instrumento y también porque quiere destacar la entrevista como lo que él llama una *experiencia contrastante*, que justamente le haga comprender al sujeto, cuando se analice la diferencia entre aquello y esto. Si el contraste no se logra, Liberman teme que las primeras interpretaciones de la transferencia negativa sean decodificadas como juicios de valor del analista. Supongo que Liberman quiere señalar que la diferencia entre lo que pasó antes y lo que pasa ahora, en la sesión, le da al analizado la posibilidad de entender el sentido del análisis como una experiencia no convencional en que el analista no opina sino interpreta. Liberman dice que «el haber efectuado entrevistas previas a la iniciación del tratamiento psicoanalítico posibilitará que, una vez comenzado el mismo, el paciente haya incorporado otro tipo de interacción comunicativa previa, que funcionará como “experiencia contrastante” de valor inestimable para las primeras interpretaciones transferenciales que podremos suministrar» (Liberman, 1972, pág. 463).

Mientras que Liberman es muy estricto al proscribir el uso de la interpretación en la entrevista, Bleger considera que hay casos determinados y precisos en que la interpretación es pertinente y necesaria, «sobre todo cada vez que la comunicación tienda a interrumpirse o distorsionarse» (Bleger, 1972, pág. 38). Esta idea continúa la línea de pensamiento de Pichon Rivière (1960) que en sus grupos operativos unía el esclarecimiento a la interpretación de la resistencia a la tarea. Por esto Bleger dice que el alcance óptimo es la *entrevista operativa*, cuando el problema que el entrevistado plantea se logra esclarecer en la forma en que concretamente se materializa en la entrevista.

Vale la pena señalar aquí que todas nuestras ideas en este punto parten de Pichon Rivière, más de su permanente magisterio verbal que de sus escritos. Entre estos puede mencionarse el que publicó en *Acta*, en 1960, en colaboración con Bleger, Liberman y Rolla. Su teoría en este breve ensayo tiene su punto de partida en la *angustia frente al cambio*, que para Pichon es de dos tipos, *depresiva* por el abandono de un vínculo anterior y *paranoide* por el vínculo nuevo y la inseguridad consiguiente (Pichon Rivière *et al.*, 1960, pág. 37).

La finalidad del *grupo operativo* (*ibid.*, pág. 38) es el esclarecimiento de las ansiedades básicas que surgen en relación con la tarea. La técnica de los grupos operativos (y, agreguemos, de la entrevista como un tipo especial de ellos) se resume en estas palabras: «La técnica de estos grupos está centrada en la tarea, donde teoría y práctica se resuelven en una pra-

xis permanente y concreta en el "aquí y ahora" de cada campo señalado» (*ibid*).

Creo por mi parte, como Bleger, que la interpretación en la entrevista es legítima si apunta a remover un obstáculo concreto a la tarea que se está realizando. No la empleo nunca, en cambio, para modificar la estructura del entrevistado (o lo que es lo mismo para darle insight), simplemente porque ese, por loable que sea, no es el propósito de la entrevista ni lo que el entrevistado necesita. El sujeto no viene a adquirir insight de sus conflictos sino a cumplimentar una tarea que lo informe sobre un tema concreto y circunscripto, si debe hacer un tratamiento y qué tratamiento le conviene.

A veces empleo la interpretación como una prueba para ver cómo reacciona el entrevistado. La interpretación que uso en ese caso es siempre sencilla y superficial, casi siempre genética, uniendo los dichos del sujeto en una relación de tipo causal, en el estilo de «¿No le parece a usted que esto que acaba de recordar podría tener alguna relación con...?». Es una especie de test que a veces puede informar sobre la capacidad de insight del entrevistado.

En resumen, el famoso y controvertido problema de interpretar durante la entrevista debe resolverse teniendo en cuenta los objetivos que nos proponemos y el material a nuestro alcance. No debe resolverse lisa y llanamente por sí o por no.

5. La entrevista psicoanalítica: desarrollo

Dijimos en el capítulo anterior que en la entrevista se configura un *campo*, porque los dos, entrevistado y entrevistador, participan, porque los dos son miembros de una misma estructura: lo que es de uno no puede entenderse si se prescinde del otro. Lo mismo sería decir que la entrevista es un grupo, donde los dos protagonistas se encuentran interrelacionados, dependen y se influyen de manera recíproca.

El grupo de la entrevista y el campo donde ese grupo se inserta sólo pueden estudiarse a partir de los procesos de *comunicación* que toda relación humana entraña; y por comunicación se entiende aquí no sólo la interacción *verbal* en que se cambian y emplean palabras, sino también la comunicación *no-verbal* que se hace a partir de gestos y señales, así como también la comunicación *para-verbal* que se canaliza a través de los elementos fonológicos del lenguaje, como el tono y el timbre de la voz, su intensidad, etcétera. De esto vamos a ocuparnos dentro de un momento, con los estilos de comunicación.

1. La ansiedad de la entrevista

Una situación nueva y desconocida donde se lo va a evaluar y de la que puede depender en buena parte su futuro tiene necesariamente que provocar ansiedad en el entrevistado. Por parejos motivos, aunque por cierto no tan decisivos, también el entrevistador llega al encuentro con una cuantía no despreciable de angustia. Si bien es posible que haya hecho muchas entrevistas en su carrera profesional, sabe que cada vez la situación es distinta y por tanto nueva, y que de ella depende en cierto grado su futuro, no sólo porque el futuro de un profesional se pone en juego cada vez que opera, y más en este caso, en que puede ser que se comprometa por muchos años con el tratamiento de una persona, sino porque sabe que la entrevista es un desafío del que ningún analista puede estar seguro de salir airoso. En otras palabras, un entrevistador responsable debe estar ansioso por su entrevistado, por su tarea y por sí mismo. A todos estos motivos comprensibles y racionales de ansiedad se agregan todavía otros, que resultan ser más importantes y derivan del significado que cada uno de los actores asigne de manera inconciente a la cita.

Como ya hemos dicho, quien primero desarrolló la teoría de la entre-

vista fue Sullivan, y lo hizo sobre la base de las operaciones que se realizan para dominar la ansiedad.

Depende en gran medida de la habilidad del entrevistador que la ansiedad en la entrevista se mantenga en un límite aceptable. Si es muy baja o está ausente, el entrevistado va a carecer del incentivo más auténtico y el vehículo más eficaz para expresar sus problemas; si es muy alta, el proceso de comunicación sufrirá y la entrevista tenderá a desorganizarse.

Una especial dificultad de la ansiedad en la entrevista es que el entrevistador no debe recurrir a procedimientos que la eviten, como el apoyo o la sugestión, y tampoco puede resolverla con el instrumento específico de la interpretación.

En general la ansiedad del entrevistado tiende a aumentar en la entrevista en razón directa, más que del silencio y la reserva del entrevistador, de la ambigüedad de sus consignas. De aquí la importancia de explicar al comienzo los objetivos y la duración de la entrevista, antes de invitar al entrevistado a que hable de lo que le parezca. El entrevistador debe ser en este punto explícito, claro y preciso, sin abundar en detalles y consignas que puedan perturbar la libre expresión de su cliente. Las más de las veces la abundancia de consignas es una defensa obsesiva del entrevistador, como su excesiva ambigüedad una forma esquizoide de intranquilizar al otro. Una participación digna y moderada que responda al montante de angustia del entrevistado será la mejor manera de motivarlo a la par que de modular su ansiedad. Al mismo tiempo, como decía Sullivan, el entrevistador tendrá que confrontar a su cliente con situaciones de ansiedad, ya que un encuentro en que el entrevistado esté siempre cómodo y tranquilo difícilmente pueda merecer la denominación de entrevista psiquiátrica.

Como ya hemos dicho, toda la concepción sullivaniana de la entrevista parte de su idea de la *ansiedad*. La ansiedad surge siempre de esa relación humana que la entrevista necesariamente es; y, frente a la ansiedad, actúa el *sistema del yo* de la persona con sus *operaciones de seguridad*. La ansiedad es, pues, para Sullivan, lo que se opone a que en esa situación *social* que es la entrevista se establezca un proceso libre y recíproco de comunicación.¹

Rolla (1972) describe diferentes modalidades de la ansiedad en el desarrollo de la entrevista. Está primero la ansiedad del comienzo (que este autor llama «de abordaje»), que tiene que ver con estrategias exploratorias y con la curiosidad. Al otro extremo, al final de la entrevista, domina la angustia de separación. Durante el desarrollo de la entrevista sobrevienen también, por cierto, momentos de angustia, crisis de angustia que pueden informarnos específicamente acerca de áreas perturbadas en la estructura mental del entrevistado. A esta angustia crítica Rolla la denomina «confusional», término que no me parece conveniente por las resonancias teóricas que puede tener.

¹ Sobre estas bases que Sullivan va a erigir su concepción de la psiquiatría moderna.

2. Problemas de transferencia y contratransferencia

El tema de la ansiedad nos lleva de la mano al de los fenómenos de transferencia/contratransferencia que tienen lugar en la entrevista.

El entrevistado reproduce en la entrevista conflictos y pautas de su pasado que asumen una vigencia actual, una realidad psicológica inmediata y concreta donde el entrevistador queda investido de un papel (*rol*) que estrictamente no le corresponde. A través de estas «transferencias» podemos obtener una preciosa información sobre la estructura mental del sujeto y el tipo de su relación con el prójimo.

El entrevistador, por su parte, no responde a todos estos fenómenos en forma absolutamente lógica, sino también en forma irracional e inconciente, lo que constituye su contratransferencia. Este tipo de reacción, por su índole, puede desde luego perturbar su tan anhelada objetividad; pero, al mismo tiempo, si el entrevistador lo registra y puede derivarlo del efecto que el entrevistado opera sobre él, logrará no sólo recuperar su por un momento perdida objetividad sino también alcanzar un conocimiento profundo y seguro de su entrevistado. Como instrumento técnico en la entrevista, pues, la contratransferencia es sumamente útil; si bien Bleger nos advierte, con razón, que no es de fácil manejo y requiere preparación, experiencia y equilibrio (1971, pág. 25).

Del tema de la contratransferencia en la entrevista inicial se ocuparon López y Rabih en un trabajo todavía inédito. Estos autores empiezan por señalar que, por su estructura, su técnica y los objetivos que persigue, la entrevista inicial es radicalmente distinta del tratamiento analítico. La entrevista tiene importancia en sí misma y también porque ejerce una profunda influencia en el tratamiento psicoanalítico que la puede continuar.

Para estos autores, una particularidad de la entrevista es la cuantía de la angustia que moviliza, que estudian a la luz de la teoría de la identificación proyectiva (Melanie Klein, 1946) y de la contratransferencia. Por sus características, la entrevista inicial deja al analista especialmente sensible, y en muchas ocasiones indefenso, frente a las identificaciones proyectivas de su cliente. Para López y Rabih esta situación puede explicarse por diversas razones, de las cuales destacan la intensa comunicación extraverbal que usa el entrevistado, justamente para evacuar su ansiedad en una situación por demás ansiógena. Frente a este fuerte impacto, el entrevistador no puede usar el legítimo recurso de la interpretación que, en otras condiciones, ayudaría al analizado al par que resolvería la sobrecarga de angustia contratransferencial. Y no puede hacerlo, como ya lo hemos dicho, porque no lo autorizan sus objetivos ni se ha dispuesto un encuadre donde la interpretación pueda operar. Como dice Bleger, «toda interpretación fuera de contexto y de *timing* resulta una agresión» (Bleger, 1971, pág. 39). O, agreguemos, una seducción.

Cuanto mayor sea el monto de ansiedad del entrevistado, mayor será su tendencia a «descargarse» en la entrevista, transformándola, como dicen López y Rabih, en una psicoterapia brevísima, con un engañoso alivio que puede movilizar una típica huida hacia la salud. En estos casos,

la sobrecarga contratrasferencial no puede ser sino intensa; pero de ella puede obtener el entrevistador una información que le permita operar con la máxima precisión.

Una observación de estos autores es que en tres momentos queda el entrevistador especialmente expuesto a la identificación proyectiva, a saber: apertura, cierre y formulación del contrato. Esta tercera alternativa, de hecho, no pertenece formalmente a la entrevista, sino a esa tierra de nadie en que la entrevista terminó y el tratamiento no ha empezado. Por otra parte es en ese momento que las fantasías mágicas de curación y de todo tipo quedan contrastadas con la realidad de una tarea larga e incierta.

3. Evolución de la entrevista

Un punto original e importante del trabajo de Liberman (1972) es que la entrevista tiene una *evolución* y que de ella podemos derivar valiosas predicciones. En cuanto experiencia previa al tratamiento psicoanalítico, la entrevista informa sobre hechos fundamentales. El analista, por de pronto, fijará el criterio de analizabilidad de esa persona con respecto a sí mismo; el futuro paciente, por su parte, saldrá de la entrevista con una experiencia que, a su debido tiempo, podrá contrastar con la sesión para obtener una primera comprensión del método psicoanalítico. La entrevista, pues, nos permite evaluar lo que podemos esperar del potencial analizado y, recíprocamente, qué necesitará él de nosotros.

Si un problema que se planteó al principio evoluciona favorablemente, hay derecho a pensar que el entrevistado tiene recursos para superar las situaciones críticas o traumáticas —las crisis vitales, como dice Liberman—. Si sucede lo contrario, y el problema resulta al final peor que al principio, tenemos derecho a sentar un pronóstico menos optimista.

Esta evolución puede darse desde luego en una sola entrevista; pero es más posible y detectable en dos. Por esto Liberman insiste en que la unidad funcional es de dos entrevistas y no una. En este punto estoy plenamente de acuerdo con Liberman y por varios motivos. Por de pronto, porque puede apreciarse a veces esa evolución favorable (o desfavorable) de un determinado conflicto o crisis. Hay que tener en cuenta, además, que el entrevistado cambia por lo general de una a otra entrevista y el entrevistador mismo puede cambiar y aun reponerse del impacto que puede haberle significado el primer encuentro. Por último, creo conveniente darle al entrevistado un tiempo para pensar su experiencia, antes de darla por terminada. En su comentario sobre el trabajo de Liberman, Héctor Garbarino (1972) piensa que no siempre es necesaria una segunda entrevista; pero yo creo que eso puede ser cierto sólo en casos muy especiales. Berenstein (1972), por su parte, en su comentario sobre el trabajo de Liberman, se declara partidario de varias entrevistas: «Hacer dos o tres entrevistas permite ver cómo ese paciente y ese analista registran la separación y el encuentro» (pág. 487). Coincido con Berenstein en la importancia

de la evaluación la manera en que el entrevistado responde a la separación.

Cuando hablamos de *la* entrevista, pues, nos estamos refiriendo a una unidad funcional. En general nunca debe hacerse una sola, sino todas las que sean necesarias para cumplir con la tarea emprendida. En resumen, conviene pues decir de entrada que esa entrevista no será la única y eventualmente hacer hincapié en que las entrevistas no son un tratamiento (ni transformarlas nosotros en tratamiento prolongándolas en demasía).

Durante las entrevistas tenemos oportunidad de estudiar algunas de las crisis vitales que atravesó el entrevistado en el curso de su vida, y la que más nos interesa, la actual, la que necesariamente atraviesa el sujeto durante la época en que consulta. Si no logramos detectar esta crisis vital con sus elementos inconcientes e infantiles, afirma Liberman, corremos el riesgo de empezar un análisis a ciegas.

Para detectar la evolución que se da en la serie de entrevistas, Liberman echa mano a las funciones yóicas por él descritas y también a su teoría de que esas funciones se corresponden con determinados estilos: reflexivo con búsqueda de incógnitas y sin suspenso, lírico, épico, narrativo, dramático con suspenso y dramático con impacto estético. A través de los cambios de estilo durante el curso de las entrevistas, Liberman puede llegar al conflicto inconciente, la ansiedad y las defensas, detectando cómo se modifican, sea diversificándose y ampliándose cuando la evolución es favorable, sea estereotipándose y restringiéndose si la marcha es negativa.

4. Indicadores prospectivos de la pareja analítica

Hemos dicho ya que entre entrevistado y entrevistador (lo mismo que entre analizado y analista) existe una interacción que configura un campo. Es evidente, pues, que los problemas psicopatológicos no pueden siquiera pensarse sino a través de una teoría vincular, de una teoría de las relaciones de objeto, que en el tratamiento psicoanalítico se llama teoría de la transferencia y de la contratransferencia. El proceso no se da exclusivamente en el paciente sino en la *relación*.

Cuando discutimos las indicaciones del psicoanálisis hablamos con cierto detenimiento de *la pareja analítica*, y ahora tenemos que volver al tema en el marco de la entrevista. Para el caso de que exista la pareja analítica, ¿es posible predecirla en el momento de la entrevista? Liberman cree que esto es posible si se utilizan los indicadores que él propone.

Decidido partidario de la pareja analítica, Liberman utiliza las entrevistas para evaluar hasta qué punto la interacción que se establece entre entrevistador y entrevistado será curativa o iatrógena. En el primer caso asumiremos la tarea que se nos propone, esto es, elegiremos a nuestro paciente; en el segundo sabremos descalificarnos a tiempo, para darle al entrevistado «una nueva oportunidad remitiéndolo a otra persona con

quien consideremos que sí puede tener una conjunción de factores que hagan más favorables las condiciones para que se desarrolle un proceso psicoanalítico» (Lieberman, 1972, pág. 466).

Los indicadores que ofrece Lieberman para diagnosticar prospectivamente la compatibilidad de la pareja asientan en lo que acabamos de ver sobre la evolución de la entrevista. Si durante las entrevistas se reproduce una crisis vital y, paradigmáticamente, la que está cursando el entrevistado, la que en alguna manera lo llevó a la consulta, y esa crisis se resuelve bien, hay derecho a suponer que el curso de ese análisis va a seguir ese modelo favorable. El isomorfismo entre los motivos de la consulta y los conflictos que realmente tiene el paciente sientan también un pronóstico auspicioso. Del mismo modo, cuanto mayor capacidad tenga el analista para captar los mecanismos de defensa movilizados por el paciente, en mejores condiciones estará para tratarlo, lo mismo que si en el curso de las entrevistas esos mecanismos cambian. Ya hablamos hace un momento de las alternativas del registro estilístico como una pauta fina y precisa para medir la evolución del proceso.

Los instrumentos que enumera Lieberman miden sin duda la analizabilidad del sujeto y/o la capacidad del analista; pero, ¿miden de veras lo que Lieberman se propone descubrir? Si no hay isomorfismo entre los motivos que el sujeto aduce y sus verdaderos conflictos (como los ve, supongamos que correctamente, el analista), lo único que se puede inferir es que ese paciente está muy perturbado. Viceversa, cuando el analista capta rápida y penetrantemente los mecanismos de defensa de su paciente potencial, puede inferirse que es un analista competente; pero habría todavía que probar que esa competencia depende de un sistema de comunicación específico entre ambos, porque de no ser así estaríamos de nuevo frente al hecho trivial de que la mejor pareja se alcanza cuando el paciente distorsiona poco y el analista comprende mucho.

La grave patología del paciente, dice Lieberman, puede hacer que él se descalifique para preservarse y no dañar su instrumento de trabajo. ¿Sería lindo preguntarle a quién mandaría ese enfermo que a él, nada menos, podría dañar! Es evidente que aquí Lieberman está hablando lisa y llanamente de indicaciones y analizabilidad, lo que nada tiene que ver con la pareja, máxime cuando afirma que «generalmente son los analistas que se inician en su práctica aquellos que se harán cargo de los pacientes más difíciles y que han sido descartados por los otros» (*ibid.*, pág. 470). El hecho de que sean los analistas más capaces los que tienen, por lo general, los enfermos más analizables es una de las grandes y dolorosas paradojas de nuestra práctica.

Encuentro, en cambio, plausible y legítimo el caso opuesto, esto es, que un analista principiante y conciente de sus limitaciones se haga a un costado frente a un caso difícil y lo derive a un analista de gran experiencia, como era Lieberman. En este caso es obvio, sin embargo, que no se ha operado con el criterio de una pareja analítica sino simplemente con el que yo propongo, es decir que, si se mantienen las otras variables, el mejor analista forma siempre la mejor pareja. Creo personalmente que un

analista tiene todo el derecho de no hacerse cargo de un determinado caso, simplemente porque no le gusta o lo considera muy difícil; pero debería hacerlo sin ampararse en la confortadora idea de pareja.

Hay otros analistas que, sin emplear el sofisticado armamento de Liberman, se dejan llevar simplemente por el «feeling» que les despierta el entrevistado; pero yo desconfío mucho de este tipo de sentimientos. Son más aplicables al matrimonio o el deporte que al análisis. Si después de terminada una entrevista me digo que me gustaría analizar a este tipo o, viceversa, que no me gustaría, pienso que se me ha planteado un problema de contrasferencia que tengo que resolver. No hay duda que derivarlo, si me resulta desagradable, le ofrece a mi desdichado paciente la posibilidad de encontrar un analista que simpatice más con él de entrada; pero no resuelve el problema de los sentimientos que despierta en los otros. El tema surgirá fatalmente en el análisis y sólo allí podrá resolverse. Nadie piensa, por cierto, que una dama que ha caído víctima del amor de transferencia debe cambiar de analista y tratarse con una mujer.

Yo creo, finalmente, que el problema de la pareja analítica parte siempre del error de pensar que la relación entre analizado y analista es simétrica. Se olvida que, por muchos problemas que el analista tenga y por mucho que lo afecte su insalubre profesión, está también protegido por su encuadre. Si subrayamos la psicopatología del analista vamos a creer en la importancia de la pareja; y si acentuamos las habilidades del analista opinaremos que cuanto mejor analista es uno, mejor analiza. A mi juicio, esta diferencia metodológica puede explicar, tal vez, el contexto en que surge el problema, aunque no lo resuelva. La diferencia entre la habilidad del analista y su psicopatología no radica simplemente en el énfasis con que se plantea esta opción dilemática, dado que de nada valdrá una buena capacidad para analizar que esté vinculada radicalmente con la psicopatología del analista. El destino de la relación analítica se define por la psicopatología del paciente y por las cualidades del analista.

No hay que confundir, por último, algunos aspectos convencionales del comienzo del análisis con sus problemas sustanciales. Más allá de lo coyuntural, una vez que se establezca el proceso todo eso desaparecerá y sólo gravitarán la psicopatología del paciente y la pericia del analista.

Al abandonar la idea de la pareja, renuncio a la posibilidad de hacer predicciones acerca de cómo va a influir en el proceso el específico vínculo entre un determinado analista y un determinado analizado; pero lo hago porque considero que la variable en estudio es ilusoria, o tan compleja que no puede considerársela válidamente.

5. Un caso clínico espinoso

Hay casos que plantean por cierto una situación muy particular. Muy perturbado por el suicidio de su esposa, un hombre se decidió a consultar a una analista que tenía el nombre de la muerta. A la analista consultada

se le planteó un problema bastante peliagudo. Pensó si no sería mejor para el paciente derivarlo a un colega que no reprodujera «realmente» tan desdichadas circunstancias. Por otra parte, no se le escapaba que la elección estaba fuertemente determinada por la trágica homonimia.

De hecho, se le presentaban varias alternativas: derivar al paciente, o tomarlo en análisis sin tocar para nada el delicado asunto, delegándolo prudentemente al proceso que habría de iniciarse. La analista, sin embargo, pensó que ambas posibilidades postergaban para un futuro incierto lo que estaba sucediendo aquí y ahora. Decidió plantear el problema en la segunda entrevista y lo hizo como si fuera un tema contingente y casual. El entrevistado reaccionó vivamente y reconoció que, cuando decidió consultar, no había reparado en esa circunstancia. Y, empero, comprendía que el nombre de la analista podía tener algo que ver con su elección. Pasado ese brevísimo momento de insight, volvió a negar el conflicto y afirmó que la circunstancia señalada no iría a gravitar en la marcha de su análisis. La analista le respondió que era un dato a tener en cuenta y no vaciló en tomarlo, sabiendo para sus adentros que estaba enfrentando una tarea difícil. Insistir, contra la (fuerte) negación del paciente, en un cambio de analista, pensó, reforzaría la omnipotencia destructiva de aquel hombre, habría sido como darse por muerta.

Digamos también, para terminar de comentar este interesante caso y aclarar mi forma de pensar, que yo habría hecho lo que hizo esta analista (y no lo habría mandado a un analista de nombre distinto, como tal vez hicieran un Gitelson o un Rappaport). Distinta sería mi conducta, por supuesto, si el paciente se hubiera decidido por otro analista. En ese caso, lo habría complacido sin la menor vacilación, absteniéndome de emplear la interpretación para convencerlo. La «interpretación» en ese caso no sería para mí más que un acting out contratrasferencial, ya que el paciente nunca podría recibirla en esas circunstancias como una información imparcial destinada a darle mejores elementos de juicios para decidir.

Hay todavía otra alternativa a considerar. Así como la analista de mi ejemplo (que era una técnica de mucha experiencia) decidió tomar al paciente, podría haberse excusado por no sentirse capacitada. En ese caso, sin embargo, el analista debe reconocer sus limitaciones y recomendar otro de mayor experiencia. De esta manera le daría al futuro analizado una prueba de honestidad y le informaría, implícita pero formalmente, de su grado de enfermedad, todo lo cual no se lograría, por cierto, diciendo que la dificultad reside en la homonimia, la «pareja». En el primer caso, le informo al paciente de mis limitaciones y de las suyas; en el otro, las dos quedan eludidas.

6. La entrevista de derivación

La entrevista de derivación abarca una temática muy restringida y al parecer sencilla; y sin embargo no es así. Plantea en realidad pro-

blemas complejos que pueden crear dificultades en el manejo práctico, aunque sirven también a una mejor comprensión de la teoría de la entrevista en general.

La entrevista de derivación es por de pronto más compleja que la otra, ya que debemos obtener de ella una información suficiente para sentar una indicación y, al mismo tiempo, evitar que el entrevistado se ligue demasiado a nosotros, lo que puede poner en peligro nuestro propósito de mandarlo a un colega. Hay todavía una tercera dificultad en este tipo de entrevista, y es la prudencia con que se deben recibir los informes (cuando no las confesiones) y recabar datos de alguien que, por definición, no va a ser nuestro analizado.

Liberman insiste en su trabajo en que el entrevistador en estos casos debe dar un solo nombre, para que no se refuerce en el entrevistado la idea de que es él quien entrevista. Recuerdo vivamente y no sin cierta amargura a algunas personas que entrevisté cuando me instalé en Buenos Aires en 1967, de regreso de Londres. Provenían todas de colegas generosos y amigos que me habían recomendado. Algunos de estos entrevistados no tenían más que mi nombre; en otros casos, yo venía incluido en una lista de algunos analistas posibles. Los que venían con su lista a veces me trataban como quien está realizando una selección de personal (¡y para peor lo hacían seguros de su gran habilidad psicológica!). En fin, hay muchos analistas que de buena fe dan varios nombres para ofrecer al futuro analizado la oportunidad de elegir, para que pueda decidir cuál es el analista que les conviene; pero creo, con Liberman, que están equivocados.

Recuerdo en cambio a un hombre de mediana edad derivado por un colega que sólo le había dado mi nombre. La primera entrevista fue dura y difícil y quedamos en vernos nuevamente una semana después. Dijo entonces con mucha sinceridad que yo le había parecido —y le seguía pareciendo— antipático, rígido y altanero, de modo que pensó no volver más y recurrir al doctor R. (el colega que me lo mandó) para pedirle otro analista, más cordial y simpático. Luego pensó las cosas nuevamente y decidió que él necesitaba un médico capaz de tratarlo (como el doctor R. le había dicho que yo lo era sin lugar a dudas), y no un amigo bonachón y atrayente. ¡Era un paciente capaz de dejar conforme hasta a la doctora Zetzel!

Coincido, pues, completamente, con las advertencias de Liberman en este punto, y siempre doy al futuro paciente que derivo un solo nombre. Acostumbro a pedirle, al mismo tiempo, que me comunique cómo le fue en la entrevista que va a realizar y quedo a sus órdenes para cualquier dificultad que pudiera surgir. Con esto dejo abierta la posibilidad de que vuelva a llamarme si no le gusta el analista al que lo mandé, sin reforzar sus mecanismos maníacos, ni fomentar una reversión de la perspectiva.

No coincido en cambio para nada con la idea de que el analizado elige a su futuro analista tanto como este a aquel. Creo que Liberman superpone aquí dos problemas, seguramente por su declarada adhesión a la teoría de la pareja analítica: que el analizado no debería nunca realizar la «entrevista» de su futuro analista no quiere decir que no lo elija.

Yo creo que el futuro analizado elige de hecho y de derecho a su analista, aunque bien sé que la mayoría de las veces lo hace por motivos muy pocos racionales; y sé qué poco podemos hacer para evitarlo. Las razones por las cuales fuimos elegidos, junto a las fantasías neuróticas de curación que Nunberg estudió en su clásico ensayo de 1926, sólo aparecen, por lo general, mucho después del comienzo del análisis.

Por más que nos duela, la verdad es que nosotros le ofrecemos nuestros servicios al futuro paciente y él siempre tendrá derecho de aceptarlos o rehusarlos. La idea de que yo tengo también derecho a elegir a mis pacientes me resulta inaceptable, ya que veo siempre mi sentimiento de rechazo como un problema de mi contratrasferencia. No me refiero aquí, por supuesto, a las consideraciones que realmente pueden decidirme a no tomar un paciente, en términos de predilecciones y conveniencias concientes, como vimos en el capítulo 3.

7. La devolución

Todos los analistas coinciden en que al término del ciclo de las entrevistas algo tenemos que decir al entrevistado para fundar nuestra indicación. Hay analistas (y yo entre ellos) que prefieren ser parcos en sus razones, porque piensan que un informe muy detallado se presta más a ser malentendido y facilita la racionalización. Otros, en cambio, como los Liendo (1972), son más explícitos.

Yo pienso que la devolución no debe ir más allá del objetivo básico de la tarea realizada, esto es, aconsejar al entrevistado el tratamiento más conveniente, la indicación con sus fundamentos, siempre muy sucintos.

En realidad, y sin considerar la curiosidad normal o patológica, los motivos que sientan la indicación en principio no están dentro de lo que el paciente necesita saber.

6. El contrato psicoanalítico

Así como el tema de las indicaciones y las contraindicaciones se continúa naturalmente con el de la entrevista, hay también continuidad entre la entrevista y el contrato. Ubicada entre las indicaciones y el contrato, la entrevista debe ser, pues, el instrumento que, por una parte, nos permita sentar la indicación del tratamiento y, por otra, nos conduzca a formular el contrato. Una de las estrategias de la entrevista será, entonces, preparar al futuro analizado para suscribir el metafórico *contrato psicoanalítico*.

1. Consideraciones generales

Tal vez la palabra «contrato», que siempre empleamos, no sea la mejor, porque sugiere algo jurídico, algo muy prescriptivo. Sería quizá mejor hablar del convenio o el acuerdo inicial; pero, de todos modos, la palabra contrato tiene fuerza y es la que utilizamos corrientemente.¹ Sin embargo, y por la razón indicada, cuando llega el momento de formularlo, no se habla al paciente de contrato; se le dice, más bien, que sería conveniente ponerse de acuerdo sobre las bases o las condiciones del tratamiento. Un amigo mío, discípulo entonces en Mendoza, me contó lo que le pasó con uno de sus primeros pacientes, a quien le propuso «hacer el contrato». El paciente, abogado con una florida neurosis obsesiva, vino a la nueva entrevista con un borrador del contrato a ver si al médico le parecía bien. La palabra, pues, debe quedar circunscripta a la jerga de los analistas y no a los futuros pacientes. Digamos, de paso, que mi joven discípulo de entonces, hoy distinguido analista, cometió dos errores y no uno. Empleó inadecuadamente la palabra y creó además una expectativa de ansiedad para la próxima entrevista. Si se aborda el tema del contrato, debe resolverse de inmediato y no dejarlo para la próxima vez. Frente a esa espera angustiosa, un abogado obsesivo puede responder como lo hizo aquel hombre.

El propósito del contrato es definir concretamente las bases del trabajo que se va a realizar, de modo que ambas partes tengan una idea clara de los objetivos, de las expectativas y también de las dificultades a que los compromete el tratamiento analítico, para evitar que después, duran-

¹ Freud prefería la palabra pacto, que en nuestro medio tiene una clara connotación psicopática.

te el curso de la terapia, puedan surgir ambigüedades, errores o malos entendidos. Digamos mejor, para no pecar de optimistas, que el convenio sirve para que cuando la ambigüedad se haga presente —porque los malentendidos surgirán en el tratamiento, inevitablemente— se la pueda analizar teniendo como base lo que se dijo inicialmente. Desde ese punto de vista, se podría decir que, en cierto modo, el proceso analítico consiste en cumplir el contrato, despejando los malentendidos que impiden su vigencia.

Con esto queda dicho que lo que más vale es el espíritu de lo pactado, mientras que la letra puede variar de acuerdo con la situación, con cada enfermo y en cada momento. Es justamente atendiendo a ese espíritu que algunas estipulaciones se tienen por ineludibles y otras no. Esto se desprende de la lectura de los dos ensayos que Freud escribió en 1912 y 1913, donde formuló con toda precisión las cláusulas del pacto analítico.

En los «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico» (1912e) y en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c) Freud formula las bases teóricas del contrato, es decir su espíritu, a la vez que establece las normas fundamentales que lo componen, es decir sus cláusulas.

Freud tenía una singular capacidad para descubrir los fenómenos y al mismo tiempo explicarlos teóricamente. Cada vez que se lo piensa, vuelven a sorprender la precisión y la exactitud con que él definió los términos del pacto analítico y sentó con ello las bases para el establecimiento del encuadre. Porque para comprender el contrato hay que pensarlo con referencia al encuadre, y al revés, sólo puede estudiarse el encuadre con referencia al contrato, ya que, evidentemente, es a partir de determinados acuerdos, que no pueden llamarse de otra manera que contractuales, cómo ciertas variables quedan fijadas como las constantes del setting.

Estos dos trabajos definen las estrategias que hay que utilizar para poner en marcha el tratamiento y, previo a dichas estrategias, los acuerdos a que hay que llegar con el paciente para realizar esa tarea singular que es el análisis. También está incluida en la idea de contrato la de que el tratamiento debe finalizar por acuerdo de las partes; y por esto, si sólo uno de los dos lo decide, no se habla de terminación del análisis sino de interrupción. Desde luego, el analizado tiene libertad para rescindir el contrato en cualquier momento y en especialísimas circunstancias también el analista tiene ese derecho.

Como bien dice Menninger (1958) toda transacción en la cual hay algún tipo de intercambio se basa en un contrato.² A veces, este es muy breve o implícito, pero siempre existe y a él se remiten las partes para realizar la tarea convenida, tanto más cuando surgen dificultades. Si bien el contrato psicoanalítico tiene sus particularidades, sigue Menninger, en última instancia no se diferencia sustancialmente del que uno puede establecer cuando va de compras o encarga alguna tarea a un operario o profesional.

² (1958), cap. II: «El contrato. La situación del tratamiento psicoanalítico como una transacción de dos partes contratantes».

Una vez explicitadas las cláusulas de un contrato, sea cual fuere, queda definido un tipo de interacción, una tarea; y por esto importa siempre exponerlas claramente. Sólo si se estipularon correctamente las normas con que se va a desenvolver una determinada labor podrán superarse las dificultades que surjan después.

Vale la pena señalar, también, que el contrato psicoanalítico no sólo implica derechos y obligaciones sino también riesgos, los riesgos inherentes a toda empresa humana. Si bien el contrato se inspira en la intención de ofrecer al futuro analizado la mayor seguridad, no hay que perder de vista que el riesgo nunca se puede eliminar por completo, y pretenderlo implicaría un error que podríamos calificar de sobreprotección, control omnipotente, manía o idealización, según el caso. Oí comentar alguna vez que una de las mejores analistas del mundo, ya de avanzada edad, al tomar a un candidato le advirtió el riesgo que corría por esa circunstancia.

2. Los consejos de Freud

En los dos trabajos mencionados Freud dice concretamente que va a dar algunos consejos al médico, al analista. Estos consejos, que demostraron ser útiles para él, pueden sin embargo variar y no ser iguales para todos, aclara prudentemente. Si bien es cierto que Freud no se propone darnos normas fijas sino más bien sugerencias, la verdad es que los consejos que da son universalmente aceptados y, en alguna medida, implícita o explícitamente, son lo que nosotros le proponemos a los pacientes, porque son la base de la tarea.

Cuando Freud dice que sus consejos se ajustan a su forma de ser pero pueden variar, abre una discusión interesante, y es la de la diferencia entre el estilo y la técnica. Si bien no todos los analistas hacen esta distinción, yo me inclino a creer que la técnica es universal y que el estilo cambia. No se me oculta que hay aquí una cierta ambigüedad, porque los lectores podrían preguntar qué entiendo yo por estilo, y qué por técnica. Pueden objetar, también, que depende de mis predilecciones personales, de mi arbitrio, que clasifique algo dentro de la técnica o del estilo. Todo esto es completamente cierto: cuanto más digo yo que determinadas normas forman parte de mi estilo, más circunscribo el campo de la técnica como patrimonio universal de todos los analistas y viceversa; pero, de todos modos, yo creo que hay diferencia entre las cosas que son personales, propias del estilo de cada analista, y otras que son universales, que corresponden a un campo en que todos en alguna forma tenemos que estar de acuerdo. Creo realmente que es una diferencia válida, si bien no ignoro que siempre quedarán algunas normas cuya ubicación en uno u otro campo será imprecisa. Considero que estas imprecisiones deben aceptarse como parte de las dificultades intrínsecas a nuestra tarea.

Algunos consejos de Freud, que él piensa que son eminentemente personales, como el de pedir a sus pacientes que se acuesten para no tener

que soportar que lo miren, han llegado a ser indispensables para nuestra técnica. Aquí, claramente, lo que Freud introduce como algo propio de su estilo es, de cabo a rabo, una norma técnica universal. Pocos analistas lo discuten; Fairbairn (1958), por ejemplo.

Por lo general, casi todos los psicoanalistas que dejan de serlo porque cuestionan los principios básicos de nuestra disciplina empiezan por remover el diván de su consultorio, como Adler, que busca que su paciente no se sienta inferior. Esto puede ser fundamental para un psicólogo individual, pero nunca para un psicoanalista que reconoce en el sentimiento de inferioridad algo más que una simple posición social entre analizado y analista.

Por esto no creo convincentes las reflexiones de Fairbairn en «On the nature and aims of psycho-analytical treatment» (Sobre la naturaleza y los objetivos del tratamiento psicoanalítico), recién citado. Fairbairn previene a los analistas contra el peligro de que una adhesión muy estricta al método científico les haga olvidar el factor humano, indispensable e insoslayable en la situación analítica. A partir de esta toma de posición, el gran analista de Edimburgo llegará a desconfiar de la validez de ciertas restricciones de la técnica analítica, como el tiempo fijo de las sesiones y el uso del diván. Duda si conviene que el paciente se tienda en un diván y el analista se coloque fuera de su campo visual,³ herencia fortuita de la técnica hipnótica y de ciertas peculiaridades de Freud. Así es que Fairbairn abandonó finalmente el diván, aunque al parecer no sin cierto conflicto, ya que aclara que no aboga por una técnica cara a cara como la de Sullivan (que así realiza su famosa entrevista psiquiátrica) sino que él se sienta en un escritorio y ubica a su paciente en una silla confortable no a su frente sino de costado, etcétera, etcétera. Para alguien que como yo tiene simpatía y respeto por Fairbairn, estas precisiones hacen sonreír brevemente.

Si rescato la diferencia entre lo general y lo particular, entre la técnica y el estilo es porque a veces se confunden y llevan a discusiones acaloradas e inútiles. En otras palabras, podemos elegir nuestro estilo, pero las normas técnicas nos vienen de la comunidad analítica y no las podemos variar.

La modalidad con que yo recibo a mis pacientes, por ejemplo, y la forma en que les doy entrada al consultorio pertenecen por entero a mi estilo. Otro analista tendrá su modalidad propia y a no ser que fuera muy disonante con los usos culturales ninguna podría considerarse inferior. Consecuentemente, nadie podría dar una norma técnica al respecto. Cuando uno se muda de consultorio es probable que cambien algunas de estas formas.

De todos modos, y es importante señalarlo, una vez que yo he adoptado mi propio estilo, eso pasa a ser parte de mi encuadre y de mi técnica.

Cuando discutimos la técnica de la entrevista, señalamos que Rolla (1972) se inclina a estipulaciones muy estrictas en cuanto a cómo saludar, cómo sentarse y cómo hacer sentar al paciente, etcétera. Yo creo que esas

³ (1958), pág. 378.

normas son parte de un estilo personal y no elementos estándar de la entrevista. Se propone, por ejemplo, que el entrevistador y el entrevistado se sienten en sillones que guarden un cierto ángulo entre sí, para que no queden frente a frente. Esta prescripción es, a mi juicio, parte de un estilo; y nadie podría decir que si alguien tiene un sillón giratorio está incurriendo en un error técnico.

Volviendo a los consejos de Freud, diremos que configuran las cláusulas fundamentales del contrato analítico, en cuanto apuntan a la regla fundamental, el uso del diván y el intercambio de tiempo y dinero, esto es, frecuencia y duración de las sesiones, ritmo semanal y vacaciones.

3. Formulación del contrato

Sobre la base de los items básicos que Freud estableció y que acabamos de enumerar, corresponde formular el contrato. Es preferible centrar la atención en lo fundamental y no es ni prudente ni elegante ser demasiado prolijo o dar muchas directivas. La regla fundamental puede introducirse con muy pocas palabras y con ella el empleo del diván. Luego vienen los acuerdos sobre horarios y honorarios, el anuncio de feriados y vacaciones y la forma de pago. Nada más.

Cuando subrayamos que lo esencial es el espíritu del contrato y no la letra teníamos presente que ni aun las cláusulas esenciales tienen por fuerza que introducirse de entrada y, viceversa, otras pueden incluirse según las circunstancias.

La regla de la asociación libre puede plantearse de muy distintas maneras, y aun no explicitarse de entrada. Como decía Racker (1952) en una nota al pie de su *Estudio 3*, la regla fundamental puede no ser comunicada de entrada pero, de todos modos, pronto se la hará conocer al analizado, por ejemplo al pedirle que asocie o que diga todo lo que se le ocurre sobre un determinado elemento del contenido manifiesto de un sueño (pág. 80). Nadie duda de que es mejor comunicar sin dilación la regla fundamental, pero puede haber excepciones. A un paciente muy asediado con pensamientos obsesivos habrá que tener cuidado al plantearse-la, para no crearle de entrada un problema de conciencia demasiado grande. En cambio, un paciente hipomaniaco —y ni que hablar si es maniaco— no necesitará un estímulo muy especial para decir todo lo que piensa. Del mismo modo, acentuar con un psicópata que tiene la libertad de decir todo lo que quiera, puede ser simplemente la luz verde para su acting out verbal.

Con esto he querido señalar que aun en la convención que llamamos fundamental —la regla de la asociación libre— pueden plantearse circunstancias especiales que nos aconsejen seguir un camino distinto del habitual, sin que con esto quiera decir en absoluto que podemos apartarnos de la norma.

Las cláusulas fundamentales del contrato responden a una pregunta

ineludible, que está en la mente del entrevistado cuando se le da la indicación de analizarse: en qué consiste el tratamiento. Se formule o no, esta pregunta nos ofrece la oportunidad de proponer lo más importante del contrato. Podremos decir, por ejemplo: «El tratamiento consiste en que usted se acueste en este diván, se ponga en la actitud más cómoda y serena posible y trate de decir todo lo que vaya apareciendo en su mente, con la mayor libertad y la menor reserva, tratando de ser lo más espontáneo, libre y sincero que pueda». Así, introdujimos la regla fundamental y el uso del diván, luego de lo cual se puede hablar de horarios y honorarios.

La norma de que cuando el paciente no viene tiene que pagar la sesión es conveniente introducirla de entrada, pero, si el entrevistado se muestra muy ansioso o desconfiado, puede dejársela de lado y plantearla a partir de la primera ausencia. Esta postergación, sin embargo, trae a veces problemas, ya que el paciente puede considerarla una respuesta concreta a su ausencia, y no una regla general.

Otras normas, en cambio, no deberían proponerse en el primer momento, es decir en la entrevista, sino cuando surjan en el curso del tratamiento. Un ejemplo típico podría ser el de los cambios de hora o los regalos. Son normas contingentes, que tienen que ver más con el estilo del analista que con la técnica; sólo se justifica discutir las llegadas al caso. Si un paciente empieza a pensar en hacerle un regalo al analista, o lo sueña, este podrá, en tal caso, exponer su punto de vista.

4. Contrato autoritario y contrato democrático

En cuanto va a regular el aspecto real de la relación entre analizado y analista, el acuerdo tiene que ser necesariamente justo y racional, igualitario y equitativo. De aquí la utilidad de diferenciar el contrato democrático del contrato autoritario o el demagógico. El contrato *democrático* es el que tiene en cuenta las necesidades del tratamiento y las armoniza con el interés y la comodidad de ambas partes.

He observado repetidamente que los analistas jóvenes tienden a pensar de buena fe que el contrato obliga más al futuro analizado que a ellos mismos, pero están por entero equivocados. Así piensan, desde luego, todos los pacientes, lo que no es más que parte de sus conflictos. En realidad, el analizado sólo se compromete a cumplir determinadas consignas que hacen a la tarea, y ni siquiera a cumplirlas, sino a intentarlo. No es autoritario que el analista vele por estas consignas, porque debe custodiar la tarea convenida como cualquier operario responsable de su oficio. Por otra parte, a cada obligación del analizado corresponde simétricamente una del analista. A veces los pacientes se quejan de que el analista fije el período de vacaciones, por ejemplo, pero nada hay en esto de autoritario o unilateral: todo profesional fija su período de descanso y, además, si esa constante quedara a discreción del paciente se desordenaría la labor del analista.

El contrato es racional en cuanto las consignas se ajustan a lo que se ha determinado como más favorable para que el proceso analítico se desarrolle en la mejor forma posible, de acuerdo con el arte. La regularidad y estabilidad de los encuentros no sólo se justifican por el respeto recíproco entre las partes sino porque son necesarias para el desarrollo de la cura.

Desde estos puntos de vista, no me resulta difícil definir el contrato *autoritario* como aquel que busca la conveniencia del analista antes que preservar el desarrollo de la tarea. Cuando el contrato busca complacer o apaciguar al paciente en detrimento de la tarea, debe ser tildado de *demagógico*.

Si las entrevistas se desarrollaron correctamente y culminaron con la indicación de analizarse, ya al fundar esta indicación el analista enunciará los objetivos del tratamiento, explicará al entrevistado que el psicoanálisis es un método que opera haciendo que el analizado se conozca mejor a sí mismo, lo que tiene que darle mejores oportunidades para manejar su mente y su vida. De aquí surge la pregunta que ya mencionamos, en qué consiste el tratamiento; y, consiguientemente, las normas de cómo, cuándo y dónde se va a realizar ese trabajo que es el análisis.

Surgen así naturalmente, por un lado, la regla analítica fundamental, es decir cómo tiene que comportarse el analizado en el tratamiento, cómo tiene que informarnos, cómo debe darnos el material con el que nosotros vamos a trabajar y en qué consiste nuestro trabajo: en devolver información, interpretando. Así se introduce la regla de la asociación libre, que se puede formular de muy diversas maneras; y luego las constantes de tiempo y lugar, frecuencia, duración, intercambio de dinero y de tiempo, etcétera. Todo se da, pues, naturalmente, porque si yo le digo a alguien que va a realizar un trabajo conmigo, inmediatamente me va a preguntar cuántas veces tiene que venir y a qué hora, cuánto tiempo vamos a trabajar, etcétera. En este contexto es de rigor que el futuro analizado pregunte por la duración del tratamiento, a lo que se responderá que el análisis es largo, lleva años y no se puede calcular de antemano lo que va a durar. Se puede agregar, también, que en la medida en que uno ve que su análisis progresa se preocupa menos por su extensión.

No hay que perder de vista que, por su índole singular, las cláusulas del contrato psicoanalítico no son inviolables, ni exigen del paciente otra adhesión que la de conocerlas y tratar de cumplirlas. El analítico no es un *contrato de adhesión*, como se dice jurídicamente para caracterizar el contrato en que una parte impone y la otra tiene que acatar: las dos partes contratantes suscriben (metafóricamente) este convenio, porque lo consideran conveniente.

Por esto dijimos antes que el contrato es importante como punto de referencia de la conducta ulterior del paciente. Nosotros descontamos desde ya que el analizado no lo va a cumplir, no va a poder cumplirlo. La norma se formula no para que sea cumplida sino para ver cómo se comporta frente a ella el analizado. Lo que muchas veces se ha llamado la actitud permisiva del analista consiste, justamente, en que la norma se expone pero no se impone. Cuando surja un impedimento para cumplirla,

lo que le importa al analista es ver de qué se trata: el analista va a enfrentar el incumplimiento no con una actitud normativa (y menos punitiva) sino con su específica cualidad de comprensión.

Es distinto que yo le diga al paciente que se acueste en el diván, a que le diga que tiene que acostarse, o que no le diga nada. Sólo en el primer caso queda abierto el camino para analizar. En el tercer caso, yo no podría hacer nunca una interpretación del *voyeurismo*, por ejemplo. El paciente diría, con toda razón, que no es por *voyeurismo* que no se acuesta sino porque yo no le dije que tenía que hacerlo. Si lo dejé librado a su criterio y su criterio es quedarse sentado, no hay nada más que decir. En cambio, si le he dicho que se acueste y hable, y el paciente me dice que no le gusta estar acostado porque siente angustia o porque no le parece natural hablar acostado a alguien que está sentado, o lo que fuere, entonces ya está planteando un problema que puede y debe ser analizado. Es decir, sólo una vez que el analista ha formulado la norma puede analizarla si no la cumple el paciente. Desarrollé este tema con cierta extensión en un trabajo presentado al Congreso Panamericano de Nueva York, en 1969.

La tolerancia frente al incumplimiento de la norma nada tiene que ver, a mi juicio, con la ambigüedad. Evito ser ambiguo, prefiero decir las cosas taxativamente y no dejar que el paciente las suponga. Si, por ejemplo, el paciente me pregunta en la primera sesión si puede fumar, yo le digo que sí, que puede hacerlo y que ahí tiene un cenicero.⁴ Algunos analistas prefieren no decir nada, o interpretar el significado de la pregunta. Yo creo que esto es un error porque una interpretación sólo es posible cuando se fijaron antes los términos de la relación. El paciente no lo entiende como una interpretación sino como mi forma de decirle que puede o no puede fumar. Si le digo, por ejemplo, «usted quiere ensuciar-me», entenderá que no lo dejo; si le digo «usted necesita que le dé permiso», entenderá que no necesita pedírmelo, que no me opongo. Ni en un caso ni en otro habrá recibido una interpretación. Por esto, yo prefiero no ser ambiguo. Si después de esa aclaración el paciente vuelve a plantear el problema, ya no cabe otra actitud para el analista que interpretar. Justamente haber sido claro al comienzo permite después ser más estricto.

Lo mismo vale para la asociación libre. La regla fundamental debe darle al paciente, y con claridad, la idea de que él tiene, en primer lugar, la libertad de asociar, que puede asociar, que puede decir todo lo que piensa; pero, al mismo tiempo, debe saber que el analista espera que no se guarde nada, que hable sin reservas mentales. No le digo que tiene la obligación de decir todo lo que piensa, porque sé que eso es imposible: nadie dice todo lo que piensa ni siquiera en la última sesión del más cumplido análisis, porque siempre hay resistencias, represiones. Trato, entonces, de hacerle ver al paciente no sólo que tiene libertad para decir todo lo que piensa sino también que debe decirlo aunque le cueste, en

⁴ Pertenecer por entero al estilo del analista que deje fumar a sus pacientes o les ruegue que se abstengan de hacerlo.

forma tal que él sepa que la norma existe y que su incumplimiento va a ser materia de mi trabajo.

Cuando al comienzo de mi práctica no introducía claramente la norma de acostarse en el diván, la mayoría de mis pacientes se quedaban sentados y yo no sabía qué hacer. Un ejemplo más risueño todavía es el de aquel alumno mío que me consultó porque *todos* sus pacientes se quedaban callados. Por más que él ya había leído su *Análisis del carácter* y les interpretaba el silencio, no lograba absolutamente nada. Su difícil y enigmática situación sólo pudo resolverse cuando explicó cómo formulaba la regla fundamental: «Usted puede decir todo lo que piensa y también tiene el derecho de quedarse callado». Con esta consigna, los pacientes optaban por lo más sencillo. Esta formulación, dicho sea de paso, es un ejemplo típico de contrato demagógico.

Esto nos vuelve al punto de partida. Dijimos que el contrato analítico debe ser justo y equitativo. En el caso recién citado, el contrato era demagógico, ya que se le daba al paciente más libertad de la que tiene. La regla fundamental es, por cierto, una invitación generosa a hablar con libertad, pero es también una severa solicitud en cuanto pide sobreponerse a las resistencias. Por esto no creo que la atmósfera analítica sea permisiva, como se dice con frecuencia. El contrato analítico supone responsabilidad, una grande y compartida responsabilidad.

5. Contrato y usos culturales

Las consignas del contrato, en cuanto normas que establecen la relación entre las partes, tienen que ajustarse a los usos culturales. El psicoanálisis no podría nunca colocarse fuera de las normas generales que rigen la relación de las personas en nuestra sociedad. El analista debe tratar de respetar los usos culturales en cuanto tienen validez. Si no la tienen y eso puede afectarlo, entonces podrá denunciarlo y discutirlo. Para ejemplo de lo que quiero decir, tomemos el pago de los honorarios con cheque. En nuestro país existe el uso cultural de pagar de esta forma, y en este sentido, no sería adecuado no aceptar un cheque del analizado, siempre que sea de su cuenta y no, por supuesto, de terceros, porque esto implica ya un abuso de confianza cuando no un acto psicopático. Si un analista le pide a sus pacientes el pago en efectivo porque le es más cómodo está en su derecho, es su estilo. Yo no lo hago porque me parece que no va con las costumbres y no va con mi estilo personal. Si un analista me dijera que no recibe cheques porque el cheque sirve para negar el vínculo libidinoso con el dinero, yo le diría que está equivocado. Si un paciente piensa que al pagar con cheque no paga o no ensucia la relación, o lo que fuera, corresponde analizar estas fantasías y la implícita falla en la simbolización, sin recurrir a un recaudo que sería propio de la técnica activa. Un analista europeo dijo una vez en nuestra ciudad que él exige que le paguen con cheque para que el paciente no piense que él elude sus réditos,

pero ese proceder también corresponde a mi juicio a la técnica activa. Mejor será analizar por qué el paciente piensa así (¡o por qué *no* piensa así, si ocurriera en Buenos Aires!). Un hombre joven, que era ejecutivo de una casa importante y tenía malos manejos con el dinero, venía muchas veces con el cheque de su sueldo y quería trasferírmelo. A veces pretendía que le hiciera de banco y le devolviera lo que del cheque excedía mis honorarios. Nunca acepté este tipo de arreglos y preferí siempre esperar a que él lo descontara y entonces me pagara, aun sabiendo que corría el riesgo de que gastara el dinero en el interregno. Cuando pasó a ser socio de la firma, entonces sí aceptaba el cheque de la empresa, si era por el importe justo de mis honorarios, aunque venía firmado por el contador de la empresa y no por él.

Nunca acepto pago en moneda extranjera ni a cuenta de honorarios, pero puedo cambiar esa norma en ciertas circunstancias. Un analizado (o analizada) vino preocupado a su última sesión antes de las vacaciones porque había calculado mal mis honorarios y ya no le alcanzaba el dinero que tenía disponible para pagarme. Me preguntó si podía abonarme el pequeño saldo en dólares, o si yo prefería que me lo pagara en pesos a la vuelta. Le dije que hiciera como mejor le pareciera y centré mi atención en las angustias de separación —de las que, entre paréntesis, el paciente tenía conciencia por primera vez, después de haberlas negado invariablemente muchos años—. Variaciones como esta no son, a mi juicio, un cambio de técnica, y no pueden comprometer en absoluto la marcha del tratamiento.

Si un analizado se enferma y falta al análisis por un tiempo, el analista puede modificar coyunturalmente la norma de cobrar las sesiones. Dependerá de las circunstancias, de lo que el paciente proponga y también de sus posibilidades. No es lo mismo un hombre pudiente que otro de escasos recursos; no es lo mismo el que pide se considere esa situación que quien no la plantea. La norma puede variar dentro de ciertos límites. Hay siempre un punto de toda relación humana en que es necesario saber escuchar al otro y saber qué es lo que desea y espera de nosotros, sin que eso nos obligue a complacerlo. Aceptar la opinión del paciente no siempre significa gratificarlo o conformarlo, del mismo modo que no aceptarla no tiene por qué ser siempre un desaire o una frustración.

Los viajes plantean un problema interesante. Una solución salomónica, que aprendí de Hanna Segal cuando vino a Buenos Aires en 1958, es cobrar la mitad. Esto implica, por un lado, un compromiso del paciente, porque sigue haciéndose cargo de su tratamiento aunque no viene; y, por otro lado, cubre en alguna forma el lucro cesante del analista, en cuanto «no es un mal negocio» cobrar la mitad por horas que uno puede disponer libremente. Una persona muy acaudalada no sabía si empezar su análisis antes o después de las vacaciones de verano. Me había hecho la salvedad de que se iba a Europa y me preguntó si le cobraría esas sesiones en caso de empezar. Le dije que si empezaba antes le cobraría la mitad del valor de las sesiones en las que estuviera ausente por el viaje. Esto quedó como norma para el futuro; pero en una ocasión se ausentó inopinada-

mente por unos días a un balneario, a pesar de que yo le interpreté el sentido que tenía hacerlo. Esa vez no le concedi la franquicia, para que quedara en evidencia que era una decisión unilateral y yo no estaba de acuerdo.

No hay que perder de vista que el dinero no es lo único que cuenta en estos casos, ni siquiera lo más importante. Para la persona recién citada, que disponía de dinero para viajar cuantas veces quisiera y que limitó sus viajes a lo indispensable durante su prolongado tratamiento, la reducción de los honorarios tenía más bien el carácter de un reconocimiento de mi parte de que sus viajes eran justificados. Del mismo modo una persona puede pedir que se cancele una sesión o que se cambie la hora para no sentirse en falta y no por el dinero de la consulta o para manejar psicopáticamente al analista.

Un aspecto interesante es el de la influencia de la inflación sobre los honorarios. Entre nosotros se ha hecho ya clásico el trabajo que presentaron Liberman, Ferschtut y Sor al Tercer Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, reunido en Santiago de Chile en 1960.⁵ Este trabajo es importante porque muestra que el contrato analítico sella el destino del proceso y está a su vez subordinado a factores culturales como es en este caso la inflación. Sobre este tema volvió recientemente Santiago Dubcovsky (1979), mostrando convincentemente el efecto que tiene la inflación sobre la práctica analítica y las posibilidades de neutralizarla no tanto con medidas pretendidamente estabilizadoras sino con acuerdos flexibles y razonables, que respeten los principios del método y tengan en cuenta las necesidades y posibilidades de ambas partes contratantes.

Hay que tener mucho cuidado en estas cosas y no deslizarse a una actitud superyoica, irracional. A mí me lo enseñó mi primer paciente, que ahora es un distinguido abogado platense y que se trató conmigo por una impotencia episódica que a él lo preocupó mucho y que atribuía, no sin cierta razón, a un padre muy severo. Entonces, en aquel lejano tiempo, mi encuadre era mucho más laxo que ahora y yo no tenía idea de lo que significaba su estabilidad. Mi paciente me pedía siempre cambios y reposiciones de hora cuando tenía que dar examen o estudiar, y yo siempre se los concedía sin nunca cuestionármelo ni tampoco analizarlo, ya que la «norma» era simplemente que, en esos casos, se llegara a un acuerdo sobre la hora de la sesión. Después que terminó su carrera y que estaba muy contento porque había superado su impotencia, se fue un par de días con una chica a divertirse. Me pidió como siempre un cambio de hora y yo le dije que no se lo iba a conceder, porque la situación era distinta. Me dijo entonces, categóricamente, que yo era igual o peor que el padre: cuando me pedía un cambio de hora para estudiar yo siempre se lo concedía; pero para salir con una chica, no. Tenía razón, al menos desde su punto de vista. Yo debería haber analizado con más esmero sus cam-

⁵ Se publicó en el número extraordinario del volumen 18 de la *Revista de Psicoanálisis*, en 1961.

bios anteriores y también este de ahora antes de darle una respuesta. Este ejemplo sirve para señalar la importancia de la norma, porque en este caso la norma era que yo le «tenía» que cambiar el horario. Con la persona de los viajes, en cambio, la norma era que ella era responsable de la hora, aunque yo podía contemplar el caso particular.

Hay que tener siempre presente que el contrato es un acto racional, entre adultos. De ahí que la ecuanimidad con que se haga sienta las bases del respeto mutuo entre analista y analizado, lo que también se llama alianza de trabajo.

6. Los límites del contrato

El contrato establece un pliego de condiciones con las obligaciones que tienen el analizado y el analista. Estas relaciones son recíprocas y, tal vez más que recíprocas, tienen que ver con el tratamiento mismo como persona jurídica (si me permiten usar esta expresión los abogados). Hay, sin embargo, derechos y obligaciones que el analista y el analizado tienen como personas, que no hacen al contrato. No siempre es fácil discriminar en este punto y veo vacilar a mis alumnos y también, para ser sincero, a mis colegas.

Un analista puede tener el deseo de supervisar a uno de sus pacientes; es un derecho que todo analista tiene, incluso una obligación, si es un candidato; pero de ninguna manera puede eso quedar incluido en el contrato. Alguna persona del ambiente, algún analista que me ha tocado tratar, me ha dicho algo así, que quiere o no quiere que controle su caso, pero yo nunca he respondido, no me he sentido de ninguna manera en la necesidad de hacerlo. Cuando el paciente se refiere a algo que tiene que ver con el contrato, en cambio, corresponde responderle. Si me pregunta si voy a ser reservado con lo que él me diga, yo le contesto que sí, que tengo la obligación de guardar el secreto profesional, aunque esto él debiera saberlo y su pregunta tuviera otros determinantes. No me siento obligado a contestar, en cambio, cuando son cosas que hacen a mi propia discreción, a mi arbitrio. Si un colega me pidiera supervisar al cónyuge de un paciente mío, o en general a un familiar cercano, no lo haría; pero no considero esa decisión como parte del contrato con mi paciente. Si este me lo planteara alguna vez no me sentiría en la obligación de aclarárselo. Tampoco me gusta supervisar pacientes con los que me liga un vínculo de amistad. Una vez descubrí, supervisando un caso de homosexualidad, que el *partenaire* de aquel hombre era alguien que yo conocía desde joven y así me enteré sin proponérmelo de su perversión. Creo que la mayoría de los analistas acepta este tipo de limitaciones, pero no se las debe considerar de ninguna manera cláusulas del contrato. Un analizado supo que yo era el supervisor de un candidato que trataba a su cónyuge y me preguntó si yo supervisaría ese caso. Decidí responderle que no lo haría pero no consideré ese planteo como parte del contrato.

Segunda parte. De la transferencia y la contratransferencia

7. Historia y concepto de la transferencia

La teoría de la transferencia es uno de los mayores aportes de Freud a la ciencia y es también el pilar del tratamiento psicoanalítico. Cuando se repasan los trabajos desde que aparece el concepto hasta su total desarrollo, llama la atención el breve lapso de esta investigación: es como si la teoría de la transferencia hubiera nacido entera y de un solo golpe en la mente de Freud, aunque siempre se ha dicho lo contrario, que la fue elaborando poco a poco. Tal vez estas dos afirmaciones no se contradigan, sin embargo, si la primera se refiere a lo central de la teoría y la segunda a los detalles.

1. El contexto del descubrimiento

Una relectura reciente del trabajo de Szasz, «The concept of transference», hizo que me replanteara este pequeño dilema, interesante sin duda desde el punto de vista de la historia de las ideas psicoanalíticas. Como todos sabemos por Jones (1955) y por la «Introducción» de Strachey al gran libro de Breuer y Freud (*AE*, 2, págs. 3-22), el tratamiento de Anna O. tuvo lugar entre 1880 y 1882 y terminó con un intenso amor de transferencia y contratransferencia (y hasta de paratransferencia, podríamos decir, por los celos de la señora de Breuer). Los tres protagonistas de este pequeño drama sentimental lo registraron como un episodio humano igual que cualquier otro. Cuando Breuer refirió a Freud el tratamiento de Anna O. a fines de 1882 (el tratamiento había finalizado en junio de ese año), hizo mención del traumático desenlace; pero, al parecer, tampoco Freud estableció de momento una conexión entre el enamoramiento y la terapia. Cuando poco después se lo comentaba en una carta a Martha Bernays, entonces su novia, Freud la tranquilizaba diciéndole que eso nunca le iba a pasar a él porque «*for that to happen one has to be a Breuer*» (Szasz, 1963, pág. 439).

A comienzos de la década del noventa, como señala Jones, Freud insistió a Breuer a comunicar los hallazgos sobre la histeria y observó que la reticencia de Breuer se apoyaba en su episodio sentimental con Anna O. Freud pudo convencerlo diciéndole que también a él le pasó algo similar, por lo cual consideraba que el fenómeno era inherente a la histeria.

Estos detalles nos permiten afirmar, ahora, que, en el lapso de algo más de diez años transcurrido desde que finalizó el tratamiento de la cé-

lebre paciente hasta la «Comunicación preliminar» de 1893, Freud fue madurando las bases de su teoría de la transferencia.

2. Transferencia y falso enlace

En las historias clínicas de los *Estudios sobre la histeria* (1895d) se ve aparecer una y otra vez alguna observación sobre las características singulares de la relación que se establece entre el psicoterapeuta y su paciente, comentarios que, en el caso de Elisabeth von R., resultan por demás claros. Cuando Freud escribe «Sobre la psicoterapia de la histeria», el capítulo IV de este libro fundamental, la idea de la *transferencia* como una singular relación humana entre el médico y el enfermo a través de un *falso enlace* queda definida categóricamente.

El razonamiento de Freud al descubrir la transferencia parte de una evaluación sobre la confiabilidad de la coerción asociativa. Hay tres circunstancias —dice— en las que el método fracasa; pero las tres no hacen sino convalidarlo. La *primera* se da cuando no hay más material a investigar en un área determinada y, como es obvio, mal se podría decir que fracasa la coerción asociativa donde no hay nada más que investigar. (Recordarán ustedes que, en este punto, para apreciar lo que realmente pasa, Freud observa la actitud del paciente, su expresión facial, la serenidad de su rostro, su autenticidad.)

La *segunda* eventualidad, descrita por Freud con el nombre de *resistencia interna* es, sin duda, la más típica de este método y la que justamente llevó a comprender la lucha de tendencias, es decir el punto de vista dinámico, el valor del conflicto en la vida mental. En estos casos, afirma Freud, y nuevamente con razón, el método sigue siendo válido, ya que la coerción asociativa falla solamente en la medida en que tropieza con una resistencia; pero es precisamente por intermedio de esa resistencia que se conseguirá llegar, por vía asociativa, al material que se busca.

La *tercera*, por último, la *resistencia externa*, marca otro aparente fracaso del método, cuya explicación debe buscarse en la particular relación del enfermo con su psicoterapeuta, de ahí que sea externa, extrínseca, no inherente al material. Aquí Freud distingue tres casos, que podemos rotular ofensa, dependencia y falso enlace.

Cuando el paciente ha sufrido una *ofensa* por parte del médico, alguna pequeña injusticia, alguna desatención o desinterés, algún desprecio, o cuando ha escuchado un comentario adverso sobre su persona o su método, se entorpece su capacidad de colaborar. Mientras la situación persiste, falla la coerción asociativa; pero, en cuanto se aclara el punto de controversia, la colaboración se restablece y el procedimiento vuelve a funcionar con toda eficacia. No importa, precisa Freud, que la ofensa sea real o simplemente sentida por el paciente: en ambos casos se erige un obstáculo frente a la coerción asociativa en cuanto trabajo entre el médi-

co y el enfermo; y la cooperación se restablece con la aclaración necesaria. Freud incorpora ya aquí a sus teorías, aunque implícitamente, la idea de realidad interna, la *sentida* por el paciente, lo que importa mucho para la futura teoría de la transferencia.

La segunda forma de resistencia externa proviene de un temor muy especial del paciente, la *dependencia*, el temor a perder su autonomía y hasta a quedar atado sexualmente al médico. Digamos de paso que es singular que Freud no vea aquí de momento un falso enlace a partir de su entonces vigente teoría de la seducción. En este caso, el paciente niega su colaboración para rebelarse, para evitar caer en esa situación temida y peligrosa; y también aquí la aclaración pertinente (en última instancia el *análisis* de ese temor) lo resuelve.

El tercer tipo de resistencia extrínseca es el enlace falso, donde el paciente adscribe al médico representaciones (displacenteras) que emergen durante la tarea. A esto le llama Freud *trasferencia* (*Übertragung*), y señala que se lleva a cabo por medio de una conexión errónea, equivocada. Freud expone un ejemplo convincente, que vale la pena consignar en forma textual: «Origen de un cierto síntoma histérico era, en una de mis pacientes, el deseo que acariciara muchos años atrás, y enseguida remitiera a lo inconciente, de que el hombre con quien estaba conversando en ese momento se aprovechara osadamente y le estampara un beso. Pues bien, cierta vez, al término de una sesión, afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona; ello le causa espanto, pasa una noche insomne y en la sesión siguiente, si bien no se rehúsa al tratamiento, está por completo incapacitada para el trabajo» (1895d, *AE*, 2, págs. 306-7). Y agrega Freud: «Desde que tengo averiguado esto, puedo presuponer, frente a cualquier parecido requerimiento a mi persona, que se han vuelto a producir una transferencia y un enlace falso».

Debe destacarse que Freud advierte al remover el obstáculo que el deseo transferido que tanto había asustado a su paciente aparece acto seguido como el recuerdo patógeno más próximo, el que exigía el contexto lógico: es decir, en lugar de ser recordado, el deseo apareció con directa referencia a él, Freud, en tiempo presente. De esta forma, y a pesar de que la incipiente teoría de la transferencia queda explicada como el resultado (mecánico) del asociacionismo, ya Freud la ubica en la dialéctica del presente y el pasado, en el contexto de la repetición y la resistencia.

Vale la pena subrayar que, ya en este texto, Freud señala que estos enlaces falsos de la transferencia constituyen un fenómeno regular y constante de la terapia y que, si bien importan un incremento de la labor, no imponen un trabajo extra: la labor para el paciente es la misma, es decir, vencer el desagrado de recordar que tuvo en cierto momento un determinado deseo. Conviene observar que Freud habla aquí concretamente de *deseo* y de *recuerdo* pero no advierte todavía la relación entre ambos, que ocupará su atención en «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b).

Cuando se releen con atención esas dos páginas admirables de «Sobre la psicoterapia de la histeria», se impone al espíritu la idea de que toda la teoría de la transferencia estaba ya potencialmente en el Freud de 1895, y

con ella todo el psicoanálisis, esto es, la idea de conflicto y resistencia, la vigencia de la realidad psíquica, la sexualidad. Veremos de inmediato que, de hecho, en el epílogo del caso «Dora»,¹ la teoría queda expuesta en forma completa.

3. Trasferencia del deseo

En el párrafo C, «Acerca del cumplimiento de deseo», del capítulo séptimo de *La interpretación de los sueños* (1900a), Freud emplea la palabra transferencia para dar cuenta del proceso de elaboración onírica. El deseo inconciente no podría llegar nunca a la conciencia ni burlar los efectos de la censura si no adscribiese su carga a un resto diurno preconciente. A este proceso mental Freud le llama también *trasferencia* (*Übertragung*). Aunque no diga en ningún momento que emplea la misma palabra porque el fenómeno es el mismo, muchos autores dan por cierta la identidad conceptual. Entre nosotros, Avenburg (1969) y Cesio (1976) opinan de esta forma. Avenburg dice, por ejemplo, que la transferencia no es otra cosa que utilizar al analista como resto diurno, en sí mismo indiferente, como soporte del deseo inconciente y su objeto infantil. Cesio, por su parte, apoya su razonamiento en las dos formas en que Freud utiliza la palabra transferencia y, aplicando con estrictez a la transferencia los mecanismos de elaboración onírica, concluye que es evidente la identidad.

Jacques-Alain Miller (1979), exponente distinguido de la escuela de Lacan, piensa que el término transferencia aparece en *La interpretación de los sueños* y sólo después toma su significado más especializado (es decir clínico). Este autor va un poco más allá, porque apenas si tiene en cuenta la teoría del enlace falso de los *Estudios*. Este punto de vista, sin duda algo parcial, se entiende porque lo que le interesa a Miller es apoyar la idea de Lacan sobre el significante: el sueño se apodera de los restos diurnos, los vacía de sentido y les asigna un valor distinto, un nuevo significado. «Allí es donde Freud habla por primera vez de transferencia de sentido, desplazamiento, utilización por el deseo de formas muy extranjeras a él, pero de las cuales se apodera, que carga, que infiltra y que dota de una nueva significación» (pág. 83).

Es de hacer notar, sin embargo, que otros autores estudian y exponen la teoría de la transferencia sin tener en cuenta para nada el párrafo C que estamos considerando. Señalo esta diferencia porque creo que tiene que ver con problemas teóricos de fondo sobre la naturaleza del fenómeno transferencial.

Por mi parte, considero que la utilización de la misma palabra en los dos contextos señalados no implica necesariamente que para Freud hubiera entre ellos identidad conceptual. De todos modos, sin embargo,

¹ «Fragmento de análisis de un caso de histeria», *AE*, 7, págs. 98 y sigs.

aplicando las ideas de Guntrip (1961), podemos pensar que, en los *Estudios* y en el epílogo de «Dora», Freud expone una teoría *personalística* de la transferencia, y en el capítulo séptimo da cuenta del mismo fenómeno con un enfoque *procesal*, es decir, de proceso mental. Coincido en este punto con Strachey que, en una nota al pie de la página 554 (AE, 5), explica que Freud empleó la misma palabra para describir dos procesos psicológicos diferentes aunque no desconectados entre sí.

4. La transferencia en «Dora»

En el epílogo del análisis de «Dora» (publicado en 1905, pero sin duda escrito en enero de 1901), Freud desarrolla una teoría amplia y comprensiva de la transferencia, donde se hallan ya todas las ideas que cristalizarán en el trabajo de 1912, que discutiremos en el próximo capítulo.

Durante el tratamiento psicoanalítico, dice Freud, la neurosis deja de producir nuevos síntomas; pero su poder, que no se ha extinguido, se aplica a la creación de una clase especial de estructuras mentales, casi siempre inconcientes, a las cuales debe darse el nombre de *transferencias*.²

Estas transferencias son impulsos o fantasías que se hacen concientes durante el desarrollo de la cura, con la peculiaridad de que los personajes pretéritos se encarnan ahora en el médico. Así se reviven una serie de experiencias psicológicas como pertenecientes no al pasado sino al presente y en relación con el psicoanalista. Algunas de estas transferencias son prácticamente idénticas a la experiencia antigua y a ellas, aplicándoles una metáfora tomada de la imprenta, Freud las llama *reimpresiones*; otras, en cambio, tienen una construcción más ingeniosa en cuanto sufren la influencia modeladora de algún hecho real (del médico o de su circunstancia) y son entonces más bien *nuevas ediciones* que reimpresiones, productos de la sublimación.

La experiencia muestra consistentemente, prosigue Freud, que la transferencia es un fenómeno inevitable del tratamiento psicoanalítico: nueva creación de la enfermedad, debe ser combatida como las anteriores. Si la transferencia no puede ser evitada es porque el paciente la usa como un recurso a fin de que el material patógeno permanezca inaccesible; pero, agrega, es sólo después de que se la ha resuelto que el paciente llega a convencerse de la validez de las construcciones realizadas durante el análisis. Vemos, pues, que ya aquí aparece la transferencia con sus dos vertientes, obstáculo y agente de la cura, proponiéndose así como un gran dilema a la reflexión freudiana.

² «En el curso de una cura psicoanalítica, la neoformación de síntoma se suspende (de manera regular, estamos autorizados a decir); pero la productividad de la neurosis no se ha extinguido en absoluto, sino que se afirma en la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento, las más de las veces inconcientes, a las que puede darse el nombre de *transferencias*» (AE, 7, pág. 101).

Freud no duda de que el fenómeno de la transferencia complica la marcha de la cura y la labor del médico; pero es también claro que, para él, no agrega esencialmente nada al proceso patológico ni al desarrollo del análisis. En última instancia, la labor del médico y del enfermo no difiere sustancialmente si el impulso a dominar se refiere a la persona del analista o a otra cualquiera.

Freud afirma en el epílogo, y lo afirmará siempre, que el tratamiento psicoanalítico no crea la transferencia sino que la descubre, la hace visible, igual que a otros procesos psíquicos ocultos. La transferencia existe fuera y dentro del análisis; la única diferencia es que en este se la detecta y se la hace conciente. De esta forma, la transferencia se va desarrollando y descubriendo continuamente; y Freud concluye con estas palabras perdurables: «La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo» (*AE*, 7, pág. 103).

5. Características definitorias

Con lo que ha dicho Freud en el epílogo de «Dora», estamos en condiciones de caracterizar la transferencia. Se trata de un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son concientes para el sujeto y que le dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real, actual.

Si bien en el epílogo de «Dora» Freud no remite este fenómeno a la infancia, ya que dice por ejemplo que Dora hace en un momento una transferencia del Sr. K. hacia él, en todo momento aparece en su razonamiento la existencia y la importancia de la transferencia paterna, es decir que la refiere al padre, aunque no necesariamente al padre de la infancia.

Puede leerse un acertado resumen de las ideas de Freud sobre la transferencia en las cinco clases que dio en setiembre de 1909 en la Clark University, de Massachusetts, invitado por G. Stanley Hall, y publicadas al año siguiente. En su quinta conferencia Freud habla de la transferencia, subraya su función de aliado en el proceso analítico y la define rigurosamente a partir de tres parámetros: realidad y fantasía, conciente e inconciente, presente y pasado. La vida emocional que el paciente no puede recordar, concluye, es revivenciada en la transferencia, y allí es donde debe ser resuelta.

En este punto, pues, la teoría freudiana de la transferencia debe considerarse completa y cumplida. La transferencia es una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconciente (proceso primario), y por tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta inadecuada, desajustada, inapropiada. La tras-

ferencia, en cuanto fenómeno del sistema Icc, pertenece a la realidad psíquica, a la fantasía y no a la realidad fáctica. Esto quiere decir que los sentimientos, impulsos y deseos que aparecen en el momento actual y en relación con una determinada persona (objeto) no pueden explicarse en términos de los aspectos reales de esa relación y sí en cambio si se los refiere al pasado. Por eso dice Greenson (1967) que los dos rasgos fundamentales de una reacción trasfereencial son que es repetitiva e inapropiada (pág. 155), es decir irracional.

A partir de esta caracterización freudiana, podemos decir que la mayoría de los autores trata de comprender a la trasfereencia en la dialéctica de fantasía y realidad. Como ya señalaron Freud en diversos contextos, Ferenczi en 1909, Fenichel (1941, 1945a) después, y más recientemente Greenson (1967), el hecho psíquico es siempre la resultante de esta dialéctica, es decir, una mezcla de fantasía y realidad. Una reacción trasfereencial nunca lo es en un cien por ciento, y tampoco lo es la acción más justa y equilibrada. Como dice con rigor Fenichel (1945a), cuanto mayor sea la influencia de los impulsos reprimidos que buscan su descarga a través de derivados, más estará entorpecida la correcta evaluación de las diferencias entre el pasado y el presente y mayor, también, será el componente trasfereencial en la conducta de la persona en cuestión. Debemos considerar, pues, que la trasfereencia es lo irracional, lo inconciente, lo infantil de la conducta, que coexiste con lo racional, conciente y adulto en serie complementaria. Como analistas no debemos pensar, por cierto, que todo es trasfereencia sino descubrir la porción de ella que hay en todo acto mental. No todo es trasfereencia pero en todo hay trasfereencia, que no es lo mismo.

Volveremos más adelante sobre este tema por demás complejo para tratar de precisar la relación entre realidad y fantasía en la trasfereencia, así como también el interjuego entre trasfereencia y experiencia, que me parece fundamental para una definición más precisa del fenómeno.

6. Aportes de Abraham y Ferenczi

La teoría de la trasfereencia que expone Freud en el epílogo de «Dora» despertó el interés de sus primeros discípulos. Freud mismo, en su artículo de 1912, comenta un escrito de Stekel de 1911 y, por su parte, Abraham y Ferenczi habían publicado poco antes dos trabajos importantes que completan y amplían las ideas de Freud.

El trabajo de Abraham, «Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz», es de 1908. Abraham retoma las ideas de Jung sobre la psicología en la demencia precoz de un año antes y centra la diferencia entre la histeria y la demencia precoz en la disponibilidad de la libido. La demencia precoz destruye la capacidad del individuo para una trasfereencia sexual, es decir para el amor objetal. Esta sustracción de la libido de un objeto sobre el cual en una oportunidad estuvo trasferida con parti-

cular intensidad es típica, porque la demencia precoz implica justamente el cese del amor objetal, la sustracción de la libido del objeto y el retorno al autoerotismo. Los síntomas que presenta la demencia precoz, estudiados por Jung, son para Abraham una forma de actividad sexual autoerótica.

El trabajo de Abraham acentúa la capacidad de transferir la libido, pero descuida la fijación en el pasado. Así, la diferencia entre amor «real» y transferencia no queda clara. Por su interés en diferenciar dos tipos de procesos, neurosis y psicosis, Abraham sacrifica la diferencia de presente y pasado en la relación de objeto, nítida en la epícrisis de «Dora». Es importante señalar que Abraham delimita aquí, prácticamente, los dos grandes grupos de neurosis que Freud describirá en 1914 en «Introducción del narcisismo».

Creo, pues, que el aporte de Abraham en este trabajo es relevante para la psicología de la psicosis, pero no así para la teoría de la transferencia.

Un año después, Sandor Ferenczi continúa la investigación de Jung y Abraham. Subraya Ferenczi la importancia y la ubicuidad de la transferencia y la explica como el mecanismo por el cual una experiencia típica olvidada es puesta en contacto con un evento actual a través de la fantasía inconciente. Esta tendencia general de los neuróticos a la transferencia encuentra en el curso del tratamiento analítico las más favorables circunstancias para su aparición, en cuanto los impulsos reprimidos que gracias al tratamiento se van haciendo concientes se dirigen *in statu nascendi* a la persona del médico, que obra como una especie de catalizador.

Ferenczi comprende claramente que la tendencia a transferir es el rasgo fundamental de la neurosis o, como él dice, que la neurosis es la pasión por la transferencia: el paciente huye de sus complejos y, en una total sumisión al principio del placer, distorsiona la realidad conforme a sus deseos.

Esta característica de los neuróticos permite distinguirlos claramente del demente precoz y el paranoico. De acuerdo con las ideas de Jung (1907) y Abraham (1908), el demente precoz retira, sustrae completamente su libido (interés) del mundo externo y se hace autoerótico. El paranoico no puede tolerar dentro de sí los impulsos instintivos y se libera de ellos proyectándolos en el mundo externo. La neurosis, en cambio, en el polo opuesto de la paranoia, en vez de expulsar los impulsos desagradables, busca objetos en el mundo exterior para cargarlos con impulsos y fantasías. A este proceso opuesto a la proyección, Ferenczi le dará el perdurable nombre de *introyección*. Mediante la introyección, el neurótico incorpora objetos a su yo para transferirles sus sentimientos. Así, su yo se ensancha, mientras el yo del paranoico se estrecha.

Mientras que el trabajo de Abraham es un jalón decisivo para diferenciar neurosis de psicosis y discriminar dos clases de libido (auto y aloerótica) en términos de relaciones de objeto, el de Ferenczi se ocupa específicamente de la teoría de la transferencia, dejando en claro que la cuan-

tía de la misma mide el grado de enfermedad. Establece así, claramente, la dialéctica de la transferencia entre fantasía y realidad y logra apoyar el fenómeno en los mecanismos de proyección e introyección, un tema que será esencial en la investigación de Melanie Klein, su analizada y discípula. Estos dos aportes de Ferenczi son, sin lugar a dudas, fundamentales.

8. Dinámica de la transferencia

En este capítulo nos ocuparemos de «Sobre la dinámica de la transferencia», que Freud escribió en 1912 e incluyó en sus trabajos técnicos. Es, en realidad, como señala Strachey,¹ un trabajo esencialmente teórico y de alto nivel teórico. Freud se propone resolver dos problemas: el origen y la función de la transferencia en el tratamiento psicoanalítico. Es necesario destacar que, en este estudio, la transferencia es para Freud un fenómeno esencialmente erótico.

1. Naturaleza y origen de la transferencia

El *origen* de la transferencia ha de buscarse en ciertos modelos, estereotipos o clisés, que todos tenemos y que surgen como resultante de la disposición innata y de las experiencias de los primeros años. Estos modelos de comportamiento erótico se repiten constantemente en el curso de la vida, si bien pueden cambiar frente a nuevas experiencias. Ahora bien, sólo una porción de los impulsos que alimentan estos estereotipos alcanza un desarrollo psíquico completo: es la parte conciente, que se dirige a la realidad y está a disposición de la persona. Otros impulsos, detenidos en el curso del desarrollo, apartados de la conciencia y de la realidad, impedidos de toda expansión fuera de la fantasía, han permanecido en lo inconciente.

Quiero detenerme un momento en este punto para destacar que Freud distingue aquí dos fenómenos que vienen del pasado: el que alcanzó un desarrollo psíquico completo y queda a disposición de la conciencia (del yo, en términos de la segunda tópica), y el que queda apartado de la conciencia y de la realidad. En esta reflexión freudiana se apoya mi idea de la transferencia como contrapuesta a la *experiencia*. Quiero decir que los estereotipos se componen de dos clases de impulsos: los concientes, que le sirven al yo para comprender la circunstancia presente con los modelos del pasado y dentro del principio de realidad (*experiencia*), y los inconcientes que, sometidos al principio del placer, toman el presente por pasado en busca de satisfacción, de descarga (*transferencia*). Los estereotipos de la conducta, pues, son *siempre* modelos del pasado en que están presentes en serie complementaria estos dos factores, experiencia y tras-

¹ AE, 12, pág. 95.

ferencia. Aunque Freud no establezca esta diferencia, va de suyo que es necesaria si se quiere definir con precisión la transferencia.

Volvamos ahora a la exposición de Freud. Si la necesidad de amor de un individuo no se encuentra enteramente satisfecha en su vida real, dicha persona estará siempre en una actitud de búsqueda, de espera, frente a quien quiera que conozca o encuentre; y es muy probable que ambas porciones de la libido, la conciente y la inconciente, se apliquen a esa búsqueda. De acuerdo con la definición recién propuesta, la porción conciente de la libido se aplicará a esta búsqueda en forma racional y realista, mientras que la otra lo hará con la sola lógica del proceso primario, en busca de descarga.

El analista no tiene por qué ser una excepción en tales circunstancias y, por tanto, la libido insatisfecha del paciente se dirigirá a él tanto como a cualquier otra persona, como ya lo dijo Ferenczi en su ensayo de 1909. Si excede en cantidad y naturaleza lo que podría justificarse racionalmente, es porque esta transferencia se apoya justamente más en lo que ha sido reprimido que en las ideas anticipatorias concientes.²

En punto a naturaleza e intensidad, pues, Freud es claro y definido, y mantendrá en todos sus escritos idéntica opinión: la transferencia es la misma en el análisis que fuera de él; no debe atribuirse al método sino a la enfermedad, a la neurosis. Recuérdese lo que dice, por ejemplo, de los sanatorios para enfermos nerviosos.

2. Transferencia y resistencia

El otro problema que se plantea Freud es más complejo: ¿por qué la transferencia aparece durante el tratamiento psicoanalítico como *resistencia*? Al principio del ensayo, encuentra para este problema una respuesta clara y satisfactoria; pero ya veremos cómo después las cosas se complican.

La explicación de Freud parte de que es condición necesaria para que surja la neurosis el proceso descrito por Jung como *introversión*, según el cual la libido capaz de conciencia y dirigida hacia la realidad disminuye, se hace inconciente, se aleja de la realidad y alimenta las fantasías del sujeto, reactivando las imagos infantiles. El proceso patológico se constituye a partir de la introversión (o regresión) de la libido, que reconoce dos factores de realización: 1) la ausencia de satisfacción en el mundo real y actual, que inicia la introversión (conflicto actual y regresión), y 2) la atracción de los complejos inconcientes o, mejor dicho, de los elementos inconcientes de esos complejos (conflicto infantil y fijación).

En cuanto el tratamiento psicoanalítico consiste en seguir a la libido

² Ya acabo de decir que, a mi juicio, si se quiere deslindar la transferencia de la totalidad del acto de conducta, debemos considerar que «las ideas anticipatorias concientes» no le pertenecen. Hasta luego a pensar que no hacer esta discriminación lleva a Freud a dificultades teóricas.

en este proceso regresivo para hacerla nuevamente accesible a la conciencia y ponerla al servicio de la realidad, el analista se constituye de hecho en el enemigo de las fuerzas de la regresión y de la represión, que operan ahora como *resistencia*. Aquí la relación entre resistencia y transferencia no puede ser más neta: las fuerzas que pusieron en marcha el proceso patológico apuntan ahora contra el analista en cuanto agente de cambio que quiere revertir el proceso. Esto lo había advertido Ferenczi (1909), al decir que los impulsos liberados por el tratamiento se dirigen al analista, que actúa como agente catalítico.

Esta reflexión, que transforma una explicación procesual en la explicación personalística que le corresponde, es la misma que siempre usó Freud para establecer la analogía entre represión y resistencia. Más aún, es en el fenómeno vincular (personalístico) de la resistencia donde se apoya Freud para justificar su teoría (procesal) de la represión. Pienso, entonces, que esta reflexión es suficiente para dar cuenta de la relación entre transferencia y resistencia. Freud, sin embargo, no queda satisfecho y se hace otra pregunta: ¿por qué la libido que se sustrae de la represión durante el proceso curativo ha de enlazarse al médico para operar como una resistencia? O, en otros términos, ¿por qué la resistencia utiliza la transferencia como su mejor instrumento?

El tratamiento analítico, sigue Freud, tiene que vencer la introversión (regresión) de la libido, motivada por la frustración de la satisfacción, por una parte (factor externo), y por la atracción de los complejos inconcientes por otra (factor interno); así, cada acto del analizado cuenta con este factor de resistencia y representa un compromiso entre las fuerzas que tienden a la salud y las que se oponen (*AE*, 12, pág. 101). Cuando seguimos un complejo patógeno hacia el inconciente, entramos pronto en una región donde la resistencia se hace sentir claramente, de modo que cada asociación debe llevar su sello: y es en este punto donde la transferencia entra en escena (*ibid.*) A poco que algún elemento en el material del complejo se preste a ser transferido a la persona del médico, esta transferencia tiene lugar y produce la próxima asociación que se anuncia como una resistencia: la detención del flujo asociativo, por ejemplo. Se infiere de esta experiencia que el elemento del material del complejo que se presta a ser transferido ha penetrado a la conciencia con prioridad a cualquier otro posible *porque* satisface a la resistencia. Una y otra vez, cuando nos acercamos a un complejo patógeno, la porción de ese complejo capaz de transferencia aparece en la conciencia y es defendida con la mayor obstinación.³

Hay aquí un punto que siempre me ha resultado difícil de comprender en el razonamiento de Freud. Si la porción del complejo capaz de transferencia se moviliza porque satisface a la resistencia, no puede ser, al mismo tiempo, lo que despierta la resistencia más fuerte. Es que en

³ «Siempre que uno se aproxima a un complejo patógeno, primero se adelanta hasta la conciencia la parte del complejo susceptible de ser transferida, y es defendida con la máxima tenacidad» (*AE*, 12, pág. 101).

el mismo razonamiento se dice que la resistencia causa la transferencia (la idea transferida llega a la conciencia porque satisface a la resistencia), y lo contrario, que la idea transferida llega a la conciencia para movilizar la resistencia (y es defendida con la mayor tenacidad).

Freud no parece advertir su ambigüedad (o lo que yo llamo su ambigüedad) y da la impresión de inclinarse por la segunda alternativa, esto es, que se utiliza la transferencia para promover la resistencia. El enlace transferencial, señala Freud, al transformar un deseo en algo que tiene que ver con la persona misma a la cual ese deseo se dirige, lo hace más difícil de admitir.⁴ De esta forma, parece que Freud quiere decir que el impulso (o el deseo) se trueca en transferencia para poder así ser ulteriormente resistido.

En resumen, el punto de vista de Freud en este trabajo podría expresarse diciendo que la transferencia sirve a la resistencia porque: 1) la transferencia es la distorsión más efectiva, y 2) porque conduce a la resistencia más fuerte. De acuerdo con el punto 2, la transferencia es sólo una táctica que emplea el paciente para resistirse y, si así fuera, ya no podría decirse que la cura no la crea.

De todos modos, si quisiéramos aclarar este difícil problema con los instrumentos que nos da Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d), diríamos que la emergencia de un recuerdo (angustioso) pone en marcha una *resistencia de represión* que lo transforma en un fenómeno vincular, que cuaja inmediatamente en la *resistencia de transferencia*. Tal vez sea esto lo que quiere decir Freud en 1912 cuando afirma, primero, que nada mejor que transferir para evitar el recuerdo y, a renglón seguido, que la transferencia es lo que condiciona la resistencia más fuerte, porque lo más difícil es reconocer algo que está presente en el momento. Esta explicación, sin embargo, es tan válida como la contraria, es decir, que el deseo surgido en la transferencia reactiva el recuerdo, como decía el mismo Freud en 1895.

La contradicción que yo creo advertir deriva de que Freud habla a veces de la transferencia en función del *recuerdo* y otras en función del *deseo*. En punto a recordar, la mejor resistencia será la transferencia, porque transforma un recuerdo en algo presente, en vivo y en directo, como dice la gente de la televisión. Desde el punto de vista del deseo, en cambio, será su actualidad lo que ha de despertar la resistencia más fuerte. Freud no hace en ningún momento esta distinción entre resistencia al recuerdo y resistencia al deseo y por esto incurre, a mi juicio, en contradicción; pero, eso sí, en ningún momento pierde de vista la complejidad del fenómeno. Porque aunque no pueda desprenderse del todo de la idea mecanicista de enlace falso, ya en su ejemplo de «Sobre la psicoterapia de la histeria» percibe claramente el interjuego entre esos dos factores y señala que la remoción de la resistencia de transferencia conduce rectamente al recuerdo patógeno.

Lo que más se acomoda a la resistencia al recuerdo, repitámoslo, es

⁴ Compárese con lo dicho anteriormente, que la labor para el paciente es la misma.

sin duda la transferencia, en cuanto es a través de ella que el enfermo no rememora, no recuerda. ¿Qué puede ser mejor para no recordar que trocar el recuerdo en actualidad, en presencia? Para esto, es obvio, habrá de penetrar en la conciencia el elemento del complejo patógeno que más se adecue a la situación actual, de modo que permita que el complejo se repita en lugar de ser recordado. Ninguna ocurrencia puede ser mejor para evitar el recuerdo que la ocurrencia transferencial: en el momento en que yo iba a recordar la rivalidad con mi padre, empiezo a sentir rivalidad con mi analista, y esta transferencia me sirve a las maravillas para no hacerme cargo del recuerdo. Es lo que observa Freud en el «Hombre de las Ratas» (1909d), y lo dice concretamente.

Cuando afirmamos en cambio que la ocurrencia transferencial es la que condiciona la resistencia más fuerte es porque ya no pensamos en el recuerdo sino en el deseo. ¿Qué situación puede sernos más embarazosa que reconocer un deseo cuando está presente su destinatario?

3. La resistencia de transferencia

Para resolver la compleja relación entre resistencia y transferencia que aborda Freud en 1912, he propuesto verla desde dos ángulos distintos, que son en cierto modo inconciliables y sin embargo operan de consuno, sirviendo uno como resistencia del otro. Por eso decía sabiamente Ferenczi en alguna parte que cuando el paciente habla del pasado nosotros debemos hablar del presente y que cuando nos hable del presente le hablemos del pasado.

Si lo que buscamos es recuperar el recuerdo patógeno, la transferencia opera como la mejor distorsión, de modo que, en la medida en que aumente la resistencia al recuerdo, el analizado va a tratar de establecer una transferencia para evitarlo. Pero si consideramos el deseo, la pulsión, entonces será al revés. Porque siempre será más difícil confesar un deseo presente, un deseo dirigido al interlocutor, que recordar que se lo experimentó con otra persona en el pasado. El problema está vinculado, pues, a la antinomia entre el recuerdo y el deseo. Esta antinomia, vale la pena señalarlo, atraviesa desde el comienzo al fin la entera praxis del análisis. Por esto me he detenido en este punto, porque creo que encierra un gran problema teórico. Lo que he considerado una contradicción en el pensamiento de Freud deriva en última instancia de sus dudas sobre la naturaleza última del fenómeno transferencial. Esta duda no es sólo de Freud; aparece continuamente en muchas discusiones sobre la teoría de la técnica. Como señala Racker (1952) en «Consideraciones sobre la teoría de la transferencia», hay analistas que consideran la transferencia sólo como resistencia (al recuerdo) y hay quienes creen que los recuerdos sirven únicamente para explicarla. En otras palabras, hay analistas que utilizan la transferencia para recuperar el pasado y otros que recurren al pasado para explicar la transferencia. Esta antinomia, sin embargo, es inconsistente,

porque la transferencia es *a la vez* el pasado y el presente: cuando se resuelve se solucionan las *dos* cosas, no una. El inconciente es atemporal y la curación consiste en darle temporalidad, es decir en redefinir un pasado y un presente. En este sentido, cuando tiene éxito, el análisis resuelve dialécticamente los tres estasis del tiempo de Heidegger. Recuerdo, transferencia e historia son en realidad inseparables. El analista debe hacer que el pasado y el presente se unan en la mente del analizado superando las represiones y disociaciones que tratan de separarlos.

Para terminar este párrafo, tal vez sea conveniente recordar que el concepto de resistencia de transferencia no pertenece al Freud de 1912, sino más bien al de 1926. En el capítulo XI, sección A de *Inhibición, síntoma y angustia*, especialmente en la página 150, cuando hace su clasificación de las tres resistencias del yo, Freud define con precisión la resistencia de transferencia (AE, 20, págs. 147-54). Considera que la resistencia de transferencia es de la misma naturaleza que la resistencia de represión, pero tiene efectos especiales en el proceso analítico, desde que logra reanimar una represión que solamente debiera haber sido recordada.⁵ Esta frase es, de nuevo, ambigua. Puede entenderse que la resistencia de transferencia es lo mismo que la resistencia de represión, únicamente que referida al analista y a la situación analítica; o, al contrario, que la (resistencia de) transferencia reanima una represión que debiera solamente haber sido recordada. En el primer caso Freud diría que la resistencia de represión es lo mismo que la resistencia de transferencia, sólo que vista desde otra perspectiva; en el segundo, la obliteración del recuerdo provoca la transferencia.

4. El enigma de la transferencia positiva

Tal vez el mayor problema que se le plantea a Freud en 1912 es por qué la transferencia, que es un fenómeno básicamente erótico, está en el análisis al servicio de la resistencia, lo que no parece suceder en otras terapias. No hay que olvidar que, para resolver este enigma (si lo es), Freud clasifica la transferencia en positiva y negativa, al par que divide la primera en erótica y sublimada. Sólo las transferencias negativa y positiva de impulsos eróticos actúan como resistencia; y son estos dos componentes, dice Freud, los que nosotros eliminamos haciéndolos concientes; mientras que el tercer factor (la transferencia positiva sublimada) persiste siempre «y es en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito» (AE, 12, pág. 103). Desde esta perspectiva, Freud acepta que el psicoanálisis opera en última instancia por sugestión, si por sugestión se entiende la influencia de un ser humano sobre otro por medio de la transferencia.

⁵ «... y, así, reanimar como si fuera fresca una represión que meramente debía ser recordada» (AE, 20, pág. 150).

Quizá valga la pena recordar aquí los postulados del ensayo de Ferenczi de 1909, sobre todo de la segunda parte, que estudia el papel de la transferencia en la hipnosis y la sugestión. Sin conceder gran importancia a las diferencias entre estos dos fenómenos (hipnotismo y sugestión), Ferenczi apoya el punto de vista de Bernheim de que la hipnosis es sólo una forma de la sugestión.⁶ Recuérdese la mujer a quien el gran húngaro trató primero con hipnotismo y luego con psicoanálisis. Con el segundo tratamiento surgió el amor de transferencia y entonces la paciente confesó que iguales sentimientos había tenido durante la cura anterior y que si había obedecido a las sugerencias hipnóticas había sido por amor. Ferenczi concluye, pues, que la hipnosis opera porque el hipnotizador despierta en el hipnotizado los mismos sentimientos de amor y temor que este tuvo frente a los padres (sexuales) de su infancia. La sugestión es, para Ferenczi, una forma de transferencia. El médium siente por el hipnotizador el amor inconciente que sintió de niño por sus padres. El ensayo de Ferenczi termina con un párrafo por demás concluyente: *«La sugestión y la hipnosis según las nuevas ideas corresponden a la creación artificial de condiciones donde la tendencia universal (generalmente rechazada) a la obediencia ciega y a la confianza incondicional, residuo del amor y del odio infantil-erótico hacia los padres, se trasfiere del complejo paterno a la persona del hipnotizador o del sugestionador»* (Psicoanálisis, vol. 1, pág. 134, las bastardillas son del original).

Dejando de lado por el momento el apasionante problema teórico de la relación entre transferencia y sugestión, que discutiremos más adelante, todo hace suponer que, en este punto, la inusitada intensidad del fenómeno transferencial, de la que ni Freud ni sus discípulos se habían hecho cargo todavía, conmueve por un momento el sólido marco teórico que pudo ser construido en el epílogo de «Dora».

Freud opera en este caso, en realidad, con un criterio más psicoterapéutico que psicoanalítico. Es cierto que la transferencia positiva de impulsos eróticos (sometimiento, seducción, atracción hetero y homosexual, etcétera), que no se toca con la psicoterapia, juega a favor de la cura, si por cura entendemos reprimir mejor los conflictos; en el psicoanálisis, en cambio, en cuanto se la analiza, se transforma en resistencia. No hay, sin embargo, ninguna necesidad de explicar por qué la transferencia se pone al servicio de la resistencia en el análisis y no en los otros métodos, porque esto no es cierto; es sólo que allí se la pone en evidencia, como nos enseñó el mismo Freud. Si yo practico una psicoterapia que utiliza el sometimiento homosexual de mis pacientes (masculinos) para hacerlos progresar y mejorar, desde luego que puedo decir que a mí no se me plantean problemas de resistencia de transferencia; pero la verdad es que yo establezco un vínculo perverso con mis pacientes y nada más.

⁶ Como todos sabemos, Freud (1921c) se va a pronunciar finalmente en contra de Bernheim (o, lo que es lo mismo, a favor de Charcot), afirmando que la sugestión es una forma de la hipnosis: el hipnotizador toma el lugar del ideal del yo (superyó) del hipnotizado, y así se ejerce su influencia.

La necesidad que siente Freud de explicar por qué la transferencia opera en el análisis como un obstáculo, como una resistencia muy fuerte, está basada en una premisa que el mismo Freud rechaza y en realidad no se sostiene: la transferencia no es más fuerte en el análisis que fuera de él.⁷

Como dice Freud en muchas oportunidades, el análisis no crea estos fenómenos; ellos están en la naturaleza humana, son la esencia de la enfermedad. Ferenczi (1909), decía que el *quantum* de transferencia es el *quantum* de enfermedad, de neurosis. Tomemos un paciente de carácter pasivo-femenino que recurre a la homosexualidad como defensa frente a la angustia de castración, un ejemplo muy sencillo y muy cierto. En realidad, ¿qué agrego yo a esto como analista cuando movilizo la defensa? Doy acceso al analizado a algo que siempre estuvo presente, porque su homosexualidad evita la angustia de castración pero al mismo tiempo la realiza, porque de hecho un homosexual pasivo no usa su pene, o al menos lo usa mal. Sólo desde el punto de vista económico es cierto que al remover su defensa (la homosexualidad) aumentó su angustia de castración. Más exactamente, su angustia no aumentó, se hizo patente en cuanto el análisis removió una forma específica de manejarla.⁸

5. Función de la transferencia

Otra forma de comprender lo que estamos diciendo es preguntarse hasta qué punto es pertinente la explicación funcional de determinados fenómenos, hasta qué punto es útil el *funcionalismo* en psicoanálisis. Como es sabido, el funcionalismo trata de explicar los hechos sociales y en especial antropológicos por su *función*, es decir por el papel que desempeñan dentro del sistema social a que pertenecen.⁹

Sin entrar a discutir sus fundamentos epistemológicos, el funcionalismo no parece ser muy aplicable al psicoanálisis, por el tipo de hechos que trata nuestra disciplina. Freud nos enseñó que el síntoma expresa siempre todos los términos del conflicto; nunca es simple, es complejo. En esta enseñanza se inspira el principio de la múltiple función de Waelder (1936), que viene pues a decirnos que el funcionalismo es siempre equivoco en psicoanálisis, donde no hay una causalidad lineal y simple, donde la función varía con la perspectiva del observador. Según la «teoría» funcionalista de nuestro hipotético analizado, la homosexualidad cumple la función de protegerlo de la angustia de castración; pero para mí, que soy su analista, cumple la «función» de enfermarlo.

⁷ En este error cae también Racker (1952), a mi juicio, cuando quiere explicar por qué es tan fuerte la transferencia en el análisis, recurriendo a lo que llama abolición del rechazo.

⁸ Dejo aquí de lado el problema de si la angustia o en general los sentimientos pueden ser inconcientes, porque no hace al desarrollo de mi razonamiento.

⁹ Malinowski y Radcliffe-Brown son los principales intérpretes de esta orientación, que discute ampliamente Nagel en el apartado 2 del capítulo XIV de su obra (1961).

La idea de explicar la transferencia *en función* de la resistencia lleva, entonces, tal vez, a un planteo demasiado sencillo. El criterio funcional no sólo es insuficiente en psicoanálisis sino que también, a veces, puede hacernos equivocar el camino. En cuanto al desarrollo de la cura, por ejemplo, hay que discriminar entre las expectativas de cómo se debe cumplir y el hecho real de cómo se desarrolla. Son dos cosas distintas. Al final de su ensayo, dice Freud que el analizado quiere actuar (*agieren*) sus impulsos inconcientes, en lugar de recordarlos «como la cura lo desea». Sin embargo, la verdad es que la cura (o para este caso el analista) no tiene por qué desear nada. El proceso psicoanalítico se desarrolla con arreglo a su propia dinámica, que nosotros como analistas debemos respetar y en lo posible comprender.

En este sentido, se podría decir que mucho depende del énfasis que uno ponga en los fenómenos, de la perspectiva en que uno se coloque para ver el problema. Es cierto, por una parte, que el amor de transferencia se instrumenta para no desarrollar la cura, para convertirla en un *affaire*, en una pura satisfacción de deseos; realmente obstaculiza. No hay que olvidar también, por otra parte, que este obstáculo es la enfermedad misma, que consiste precisamente en que ese paciente no puede aplicar su libido a situaciones reales, a objetos reales; de modo que el amor de transferencia, en este sentido, no es un obstáculo, sino la materia misma de la cura.

El razonamiento que acabo de hacer para comprender el empeño de Freud de explicar la transferencia en función de la resistencia me lleva más adelante a objetar la clasificación de la transferencia que propuso Lagache en su valioso informe de 1951. Adelantémonos a decir que la clasificación de la transferencia en positiva y negativa debe ser fenomenológica, es decir por el *afecto* (como hizo Freud en 1912), y no por el *efecto*, por la utilidad, como propone Lagache, justamente para evitar la connotación funcional que, como acabamos de ver, es muy equívoca.

6. Transferencia y repetición

Al final de este subyugante artículo, Freud da una vívida descripción del tratamiento psicoanalítico y nos indica el rumbo que va a seguir su investigación. Señala que, en la medida en que el tratamiento se interna en el inconciente, las reacciones del paciente revelan las características del proceso primario, que lo llevan a valorar sus impulsos (o deseos) como actuales y reales, mientras que el médico trata de ubicarlos en el contexto del tratamiento, que es el de la historia vital del paciente. Del resultado de esta lucha, concluye Freud, depende el éxito del análisis; y, si bien es cierto que esta lucha se desarrolla plenamente en el campo de la transferencia y le ofrece al psicoanalista sus mayores dificultades, también le da oportunidad de mostrar al paciente sus impulsos eróticos olvidados, en la forma más inmediata y concluyente, ya que es imposible destruir a un enemigo *in absentia* o *in effigie*.

De esta manera Freud abre el nuevo tema de su investigación, la transferencia como un fenómeno repetitivo, que lo va a ocupar por muchos años. Efectivamente, dos años después, estudia la transferencia a partir del concepto de *repetición*, que antepone al de *recuerdo*.

También en la Conferencia n° 27 de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), cuando expone nuevamente sus ideas sobre la transferencia, subraya que la neurosis es la consecuencia de la repetición. El análisis de la transferencia permite transformar la repetición en memoria, y así la transferencia pasa, de constituir un obstáculo, a ser el mejor instrumento de la cura.

9. Trasferencia y repetición

1. Resumen de los dos capítulos anteriores

Vale la pena reiterar que cuando escribió el epílogo al análisis de «Dora», seguramente en enero de 1901, Freud tenía una idea concreta de la naturaleza de la transferencia y de su importancia, aunque después el desarrollo de su reflexión llegue a veces a puntos oscuros y/o discutibles. La transferencia debe ser continuamente analizada, dice; y agrega que sólo cuando la transferencia ha sido resuelta el paciente adquiere verdadera convicción de las construcciones que se le hicieron. Esto es muy claro y hoy todos lo suscribimos plenamente. Creo, por mi parte, que el paciente no sólo adquiere convicción una vez que se analiza la transferencia sino que, además, tiene todo el derecho de que sea así, porque sólo la transferencia le demuestra que realmente *repite* las pautas de su pasado: todo lo demás no pasa de ser una mera comprensión intelectual que no puede llegar a convencer a nadie.

Recordemos también, brevemente, el artículo de 1912, donde Freud da una explicación teórica del fenómeno de la transferencia, poniéndolo en relación con el tratamiento y con la resistencia.

Con respecto al tratamiento, Freud reafirma lo que ya dijo en 1905, que el tratamiento no crea la transferencia sino que la *descubre*. Es este un concepto muy freudiano (y muy importante), que a veces se olvida cuando se discute la espontaneidad del fenómeno, como veremos al hablar del proceso psicoanalítico. En este sentido, Freud es categórico: la transferencia no es efecto del análisis, sino más bien el análisis el método que se ocupa de descubrir y analizar la transferencia. En este sentido, puede decirse, lisa y llanamente, que la transferencia es en sí misma la enfermedad: cuanto más transferimos el pasado al presente más equivocamos el presente por el pasado y más enfermos estamos, más perturbado está nuestro principio de realidad.

El otro problema que se plantea Freud en 1912 es la relación de la transferencia con la *resistencia*. Este tema merece por cierto un esfuerzo de atención. En términos de su concepción de la cura de aquel momento, Freud opina, y lo va a reiterar dos años después en «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), que en tanto el tratamiento se propone descubrir las situaciones patógenas pasadas, recordar y recuperar los recuerdos, la transferencia opera como resistencia porque reactiva el recuerdo, lo hace vigente y actual, con lo que deja de serlo. Sin embargo, Freud dice también en este artículo, y lo reiterará muchas veces, que un enemigo no

puede vencerse *in absentia* o *in effigie*, con lo que señala que, en realidad, la concepción del tratamiento que él tenía hasta ese momento va a cambiar hasta cierto punto; y va a cambiar justamente al comprender el significado de la transferencia.

A Freud le interesa explicar la intensidad que adquiere la transferencia en la cura psicoanalítica y por qué sirve a los fines de la resistencia, en abierto contraste con lo que (aparentemente) pasa en los otros tratamientos de enfermos nerviosos —punto de vista, ya lo hemos dicho, hartamente discutible—.

Freud parte de que en nuestras modalidades de relación amorosa se dan determinadas pautas, estereotipos o clisés que se repiten continuamente toda la vida; es decir que cada uno enfrenta una situación amorosa con todo el bagaje de su pasado, con modelos que, reproducidos, configuran una situación en la cual el pasado y el presente se ponen en contacto.

Freud señala también claramente que hay en este fenómeno dos niveles o dos componentes, porque una parte de la libido se ha desarrollado plenamente y está al alcance de la conciencia, mientras otra ha sido reprimida. Si bien contribuye al modo de reacción del individuo, la libido inconciente no será nunca un obstáculo para el desarrollo, sino, al contrario, el mejor instrumento para aplicar lo que se ha aprendido en el pasado a la situación presente.

La otra parte de la libido, en cambio, la que no ha adquirido su pleno desarrollo, es víctima de la represión, a la vez que resulta atraída por los complejos inconcientes. Por este doble mecanismo, esta libido sufre un proceso de *introversión* —según el término de Jung que Freud en ese momento propugna—. Esta libido inconciente, sustraída a la realidad, es la que provoca fundamentalmente (y a mi criterio exclusivamente) el fenómeno de transferencia.

A partir de este modelo teórico, Freud explica convincentemente la relación de la transferencia con la resistencia. En cuanto la acción del médico se encamina a que esta libido sustraída a la conciencia y apartada de la realidad vuelva a ser liberada, los mismos factores que produjeron su introversión van a actuar ahora como resistencia (de transferencia). En ese sentido, puede decirse que el conflicto *mental* que trae el paciente se transforma en un conflicto *personalístico*, cuando el analista interviene para movilizarlo.

Estas ideas tienen plena vigencia en el psicoanálisis actual. En lo único que cabría modificarlas es en su extensión, ya que se deben aplicar a todo tipo de relación de objeto y no sólo a la vida amorosa. Sin por esto disminuir en nada la importancia de la libido en la teoría de la relación de objeto, diríamos ahora que el otro tipo de impulso, la agresión, también sufre este mismo proceso.

Freud no se da con esto por conforme al explicar la relación entre transferencia y resistencia. Dice algo más, que la transferencia empieza a operar en el momento en que se detiene (por resistencia) el proceso de rememoración, que se pone en marcha justamente al servicio de ese proce-

so resistencial: en lugar de rememorar el paciente empieza a transferir, y para ello escoge de todo el complejo el elemento más apto para la transferencia. En otras palabras, de las varias posibilidades que su complejo le ofrece, y puesto que no quiere recordar, el paciente utiliza como resistencia el elemento que mejor pueda engarzar en la situación presente. De todo el complejo, pues, el elemento que primero se moviliza como resistencia es el más apto para la transferencia, porque la mejor distorsión es la distorsión transferencial.

Ya hemos señalado que aquí Freud parece debatirse en una contradicción, que también lo alcanza en el capítulo tercero de *Más allá del principio de placer* (1920g), en cuanto a si la transferencia es el elemento resistencial o el resistido, si la resistencia causa la transferencia o, al contrario, la transferencia causa la resistencia.

Para unir las dos afirmaciones de Freud, dijimos en el capítulo anterior que el elemento del complejo¹ que primero se emplea como resistencia (al recuerdo) es el elemento transferencial y que este elemento, una vez que se lo emplea, desencadena la resistencia más fuerte (en el diálogo analítico).

2. Recuerdo y repetición

El concepto de neurosis de transferencia, que se introduce en «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), tiene una doble importancia. Freud señala, primero, que al comienzo del análisis, en la primera etapa, llamada a veces luna de miel analítica, se produce una calma que se traduce en una disminución y hasta una desaparición de los síntomas, que no equivale por cierto a la curación. Lo que ha sucedido, en realidad, es una especie de trasposición del fenómeno patológico, que ha empezado a darse a nivel del tratamiento mismo. Lo que antes era neurosis en la vida cotidiana del individuo se transforma en una neurosis que tiene como punto de partida (y de llegada) el análisis y el analista. A este proceso, que se da espontáneamente al comienzo del tratamiento, lo llama Freud *neurosis de transferencia* y lo adscribe a un mecanismo ya mencionado en 1905 y sobre todo en 1912, la repetición.

Al establecer el concepto de *neurosis de transferencia*, Freud señala un hecho clínico, y es el de que los fenómenos patológicos que antes se daban en la vida del paciente empiezan ahora a operar en esa zona intermedia entre la enfermedad y la vida que es la transferencia, con lo que asienta un concepto técnico. Es importante subrayarlo porque ya hemos visto cómo el concepto de neurosis de transferencia conduce a algunos analistas a una posición restrictiva en el campo de las indicaciones (o analizabilidad), en cuanto lo utilizan en sentido nosográfico y no técnico, apoyados

¹ Freud ha sustituido la idea de recuerdo por la de complejo, más amplia, que recoge de Jung.

en otro trabajo de Freud del mismo año, «Introducción del narcisismo», donde neurosis de transferencia se contrapone a *neurosis narcisística*.

Pero volvamos a la repetición. El concepto de *repetición* no es nuevo, ya que está implícito en el de transferencia, en cuanto algo vuelve del pasado y opera en el presente. Vale la pena señalar, sin embargo, que la idea de enlace falso de 1895 no supone necesariamente la repetición, como la de estereotipo o clisé.

Freud contrapone en este artículo recuerdo a repetición y no hay que perder de vista que si se da la repetición es porque no está el recuerdo, ya que este es el antídoto de la repetición. Vale la pena señalar entonces que, en 1914, Freud utiliza el concepto de repetición con un criterio preciso, porque lo contrapone a recuerdo. Hasta 1912 esta diferencia conceptual no es tan definida. En el trabajo de este año, la dinámica de la transferencia se entiende por la resistencia al recuerdo; pero en 1914 el recuerdo reprimido se repite en la transferencia. De esta forma, el concepto de recuerdo se enlaza más claramente con el de experiencia, porque es justamente cuando uno puede disponer de su acervo de recuerdos que posee experiencia.

El concepto de repetición del año 1914, pues, no es sustancialmente distinto que el de 1912 o 1905, aunque sea más formal y esté contrapuesto a recuerdo. Vamos a ver muy pronto que en 1920 la idea de repetición cambia: lo que hasta entonces era un concepto descriptivo y en todo subordinado al principio de placer se transforma en un concepto genético y explicativo *más allá* del principio del placer. Ese va a ser el gran giro del pensamiento de Freud al comienzo de la década del veinte.

3. La repetición como principio explicativo

El cambio de Freud frente a la teoría de la transferencia, en *Más allá del principio de placer* (1920g), surge en el contexto de una honda reflexión sobre el placer y la naturaleza humana. La pregunta que se formula Freud es si hay algo más allá del principio del placer; y luego de pasar revista a tres ejemplos clínicos —el juego de los niños, los sueños de la neurosis traumática y la transferencia— se responde que sí, que lo hay.

Lo que Freud afirma concretamente en el capítulo tercero de *Más allá*, es que la transferencia está motivada por la compulsión a la repetición, y que el yo la reprime al servicio del placer.

La transferencia aparece ahora cabalmente al servicio del instinto de muerte, esa fuerza elemental y ciega que busca un estado de inmovilización, una situación constante, que no crea nuevos vínculos ni nuevas relaciones, que lleva, en fin, a un estado de estancamiento. Basta poner juntas estas dos ideas para darse cuenta de algo que pasa muchas veces inadvertido: la transferencia (que es por definición un vínculo) está al servicio del instinto de muerte (que por definición no crea vínculos sino que los destruye).

La repetición se convierte ahora en el principio explicativo de la transferencia. Regida por la repetición y el instinto de muerte, la transferencia pasa a ser entonces lo resistido (y no la resistencia); y el yo, que se opone a la repetición, reprime la transferencia, porque la repetición es para el yo lo aniquilante y destructivo, lo amenazante.

La repetición transferencial, ciega las más de las veces y dolorosa siempre, muestra y demuestra que existe un impulso (impulso que muchas veces Freud llamó demoníaco) que tiende a repetir las situaciones del pasado más allá del principio del placer. Es justamente el monto de displacer que se da en esas condiciones lo que lleva a Freud a postular la compulsión a la repetición como un principio y el instinto de muerte como un factor pulsional de la misma clase que el eros. La repetición, como principio, re-define la transferencia como una *necesidad de repetir*.

Si la transferencia implica una tendencia a repetir adscripta al instinto de muerte, lo único que puede hacer el individuo es oponerse a través de una resistencia a la transferencia que, esa sí, estará movilizada por el principio del placer, por la libido. La libido no explica ya la transferencia sino la resistencia a la transferencia. Si comparamos esta teoría con la de 1912 y 1914, se ve que es diametralmente opuesta, porque antes la transferencia era lo resistido, un impulso libidinoso, y la defensa del yo se le oponía como resistencia *de* transferencia. La teoría de la transferencia ha dado un giro de 180 grados.

Para evaluar adecuadamente este cambio es menester no olvidar que Freud toma el tema de la transferencia como un ejemplo clínico que fundamenta su teoría de que existe un instinto de muerte cuyo atributo principal es la repetición; pero no hace de hecho una revisión de su teoría de la transferencia. Y cuando se repasan los escritos de Freud posteriores a 1920 ninguno hay que parezca implicar esta modificación. Por ejemplo, cuando habla del tratamiento psicoanalítico en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933a), dice que en cuanto a la teoría de la curación no tiene nada que agregar a lo dicho en el año 1916 (*AE*, 22, pág. 140). Tampoco en el *Esquema* (1940a) modifica la idea de la transferencia como algo que está dentro del principio del placer. Es diferente la actitud de Freud en otras áreas de su investigación, como por ejemplo el masoquismo.²

Si aceptamos realmente la hipótesis de que la transferencia está adscripta al instinto de muerte, entonces toda la teoría del tratamiento analítico requiere una profunda revisión.

De hecho, esta revisión no se ha efectuado porque, a mi entender, con el correr del tiempo, ni Freud ni sus continuadores pusieron nunca la teoría de la transferencia bajo la égida del instinto de muerte.

² En «Pegan a un niño» (1919e) el masoquismo es secundario; en «El problema económico del masoquismo» (1924c) es primario (instinto de muerte).

4. Trasferencia de impulsos y defensas: la solución de Anna Freud

En «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b) Freud establece un nexo importante entre transferencia y resistencia, que ya hemos estudiado, según el cual la transferencia sirve a la resistencia. Hemos dicho que la relación entre una y otra no siempre es clara, y tratamos de resolver ese enigma en función del recuerdo y del deseo. Acabamos de ver que esta dinámica cambia sustancialmente en *Más allá del principio de placer*, cuando la transferencia se concibe como un impulso tanático contra el cual el yo, al servicio del placer, moviliza el instinto de vida para reprimirlo. Muchos analistas, si no todos, se han preocupado desde entonces por resolver este dilema de si la transferencia es lo resistido o la resistencia.

Yo creo que esta alternativa quedó resuelta sabiamente hace muchos años por Anna Freud en el segundo capítulo de *El yo y los mecanismos de defensa* (1936). Allí se dice, salomónicamente, que la transferencia es las dos cosas, a saber, que hay transferencia de impulsos y transferencia de defensas.³

De esta manera, Anna Freud estudia la transferencia con el método estructural de la segunda tópica, gracias a lo cual se hace claro desde un principio, que tanto el ello como el yo pueden intervenir en el fenómeno transferencial. El cambio teórico que propone Anna Freud es a mi juicio sustancial y resuelve con tanta precisión y naturalidad el problema, que a veces no se lo nota. La concepción de Anna Freud es más abarcativa y más coherente que las anteriores: nos viene a decir que no sólo hay transferencia de impulsos positivos y negativos, de amor y de odio, de instintos y afectos, sino también transferencia de defensas. Mientras la transferencia de impulsos o tendencias corresponde a irrupciones del ello y es sentida como extraña a su personalidad (adulto) por el analizado, la transferencia de defensas repite en la actualidad del análisis los viejos modelos infantiles del funcionamiento del yo. Aquí la sana práctica analítica nos aconseja ir del yo al ello, de la defensa al contenido. Es esta, quizá, sigue Anna Freud, la labor más difícil y a la vez más fructífera del análisis, porque el analizado no percibe este segundo tipo de transferencia como un cuerpo extraño. No resulta fácil convencer al analizado del carácter repetitivo y extemporáneo de estas reacciones, justamente porque son egosintónicas.

5. El aporte de Lagache

El otro problema que deja planteado Freud en 1920 es, como dijimos hace un momento, el de la naturaleza de la repetición transferencial. Antes de 1920 (y seguramente también después), la repetición es para Freud só-

³ Anna Freud distingue un tercer tipo de transferencia, la actuación (*acting out*) en la transferencia, que nos ocupará más adelante.

lo un principio *descriptivo*, mientras que la dinámica de la transferencia se explica por las necesidades instintivas que buscan permanentemente satisfacción y descarga, según el principio del placer/displacer. En 1920 la repetición se eleva a principio *explicativo* de la transferencia, que pasa a ser ahora una instancia de la compulsión a la repetición, que expresa al enigmático, al mudo instinto de muerte. De estas dos tesis freudianas, en realidad antitéticas, parte la lúcida reflexión de Lagache (1951, 1953).

Lagache resume y contrapone las dos postulaciones de Freud en un elegante aforismo: *necesidad de la repetición y repetición de la necesidad*. Lagache no acepta que la repetición pueda erigirse como principio explicativo, como causa de la transferencia; piensa, al contrario, que se repite por necesidad, y esa necesidad (deseo) es contrarrestada por el yo. El conflicto es, entonces, entre el principio del placer y el principio de realidad.

La transferencia es un fenómeno donde el principio del placer tiende a satisfacer el impulso que se repite; pero el yo, al servicio de la realidad, trata de inhibir ese proceso para evitar la angustia, para no recaer en la situación traumática. Es propio del funcionamiento yoico, sin embargo, buscar la descarga de la pulsión y el placer, de modo que en cada repetición hay una nueva búsqueda: se repite una necesidad para encontrar una salida que satisfaga el principio del placer, sin por ello desconocer el principio de realidad.

Este punto de vista es el que apoya implícitamente Anna Freud en 1936 y el que a mi juicio adopta Freud cuando vuelve al tema en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d). Su concepto de la transferencia es el de antes, que se repiten necesidades. La transferencia condiciona una de las resistencias del yo, análoga a la resistencia de represión, mientras que el principio de la compulsión repetitiva queda integrado en la teoría como resistencia del ello. El ello opone una resistencia al cambio, que es independiente de la transferencia, de la resistencia de transferencia.

6. El efecto Zeigarnik

Lagache toma como punto de apoyo de su razonamiento la psicología del aprendizaje (o del hábito); y recurre a una prueba experimental para explicar la transferencia, el *efecto Zeigarnik*.

En 1927 Zeigarnik hizo una experiencia muy interesante: tomó individuos, los puso a hacer una tarea y la interrumpió antes de llegar a su fin. Comprobó que estas personas quedaban con una tendencia a tratar de completarla. Otros dos psicólogos, Maslow y Mitellman, aplicaron estos resultados no sólo a la psicología experimental sino a la psicología general, y en esto apoya Lagache su explicación del origen de la transferencia. El soporte teórico que Lagache encuentra en la teoría del aprendizaje lo obtiene también de la teoría de la estructura, ya que el efecto Zeigarnik es, en última instancia, una aplicación de la ley de la buena forma de la psicología de la *Gestalt*.

El principio del que parte Lagache es claro, muestra nítidamente lo que él quiere decir cuando afirma que se repite una necesidad y no que hay una necesidad primaria de repetir: se repite la necesidad de terminar la tarea, de cerrar la estructura. En la repetición trasferencial late siempre el deseo de completar algo que quedó incompleto, de cerrar una estructura que quedó abierta, de lograr una solución para lo que resultó inconcluso. Tomando el ejemplo más sencillo, un hombre que repite su situación edípica directa lo hace no sólo con el deseo de poseer a su madre, sino también con la intención de encontrar una salida al dilema que se le plantea entre el deseo incestuoso y la angustia de castración, sin mencionar los impulsos a reparar, etcétera.

Apoyado en conceptos estructuralistas y guesálticos, Lagache trabaja con el supuesto de que la mente opera en busca de ciertas integraciones, de ciertas experiencias que le faltan y que deben ser completadas y asumidas. Destaquemos desde ya que estas ideas tienen una clara inserción en las grandes teorías psicoanalíticas. Se hace evidente que la madurez consiste, desde este punto de vista, en trabajar con tolerancia a la falta, a la frustración. A medida que es más maduro, el hombre adquiere instrumentos para aceptar la frustración cuando una tarea queda incompleta y para finalizarla cuando la realidad lo haga posible.

Ahora bien, los problemas inconclusos que van a plantearse en la transferencia son justamente, por su índole, por su importancia, los que, por definición, quedaron inconclusos en las etapas decisivas del desarrollo y necesitan una relación objetal para su cumplimiento.

A partir del efecto Zeigarnik, Lagache logra entender la transferencia, más allá de sus contenidos, impulsos y manifestaciones, con una teoría de la motivación y de las operaciones que cumple el individuo para dar por satisfecha la motivación, la necesidad. Resuelve así, con lucimiento, el dilema de la naturaleza de la repetición trasferencial, un aporte decisivo a la teoría de la transferencia, que es como decir al psicoanálisis.

7. Transferencia y hábito

En la nueva etapa de su reflexión, Lagache hace ingresar la idea de *hábito* para dar cuenta de los objetivos de la repetición trasferencial. La transferencia debe inscribirse en una teoría psicológica más abarcativa, la del hábito: ¿qué es la repetición trasferencial sino el ejercicio de un hábito que nos viene de antiguo, de nuestro pasado?

La transferencia está vinculada a determinados hábitos, y siempre enfrentamos una nueva experiencia con el bagaje de nuestros viejos hábitos, con nuestras experiencias anteriores. Todo consiste en que utilicemos instrumentalmente aquellos hábitos para encontrar la solución del problema que se nos plantea, o no.

Para reformular la teoría de la transferencia a partir de los hábitos, Lagache se ve llevado a abandonar, y al parecer sin pena, la clasificación

de la transferencia en positiva y negativa según su contenido de pulsiones o afectos; y, remitiéndose a la teoría del aprendizaje, nos dice que la transferencia *positiva* supone la utilización efectiva o positiva de hábitos antiguos para aprender y la transferencia *negativa* consiste en la interferencia de un hábito antiguo con el aprendizaje.

No vaya a pensarse que lo que Lagache propone es un mero cambio de nomenclatura en la clasificación de la transferencia. La verdad es que este autor nos plantea un cambio conceptual, un cambio en nuestra manera de pensar, y él lo sabe muy bien. Quiero anticipar desde ya que, en lo que sigue, no estaré en absoluto de acuerdo con Lagache.

La clasificación de la transferencia en positiva y negativa, dice Lagache, debe ser abandonada por varios motivos. En primer lugar, la transferencia nunca es positiva o negativa sino siempre mixta, ambivalente; y hoy sabemos, por otra parte, que no se transfieren sólo sentimientos de amor y odio sino también envidia, admiración y gratitud, curiosidad, desprecio y aprecio, toda la gama de los sentimientos humanos. Así pues resulta un poco maniqueísta y esquemático esto de hablar de transferencia positiva y negativa. Esta objeción, sin embargo, no es decisiva, ya que, más allá de la ambivalencia y de la variedad de sentimientos, la teoría de los instintos solamente reconoce dos pulsiones: amor y odio, eros y tá-natos.

Otra objeción de Lagache es la de que clasificar la transferencia en negativa y positiva implica siempre deslizarse hacia algún tipo de axiología. Aparte de que no conviene hacer juicios de valor sobre lo que pasa en el tratamiento, en realidad ese valor es siempre muy discutible, porque la transferencia negativa no es negativa ni la transferencia positiva es positiva en cuanto a los fines de la cura. Tampoco esta crítica de Lagache me parece consistente. Es cierto que los términos positivo y negativo (¡que él, al fin y al cabo, no reemplaza!) se prestan a ser utilizados como juicios de valor; pero esto es sólo una desviación de la teoría y ya sabemos que cualquier teoría puede ser desvirtuada con fines ideológicos. Para evitar este riesgo, la clasificación de Lagache lleva el problema del valor a la teoría misma: es ahora el analista quien califica a la respuesta del paciente como positiva o negativa, según cuadre con sus expectativas.

La clasificación de la transferencia en negativa y positiva según los contenidos es sin duda muy esquemática, porque las pulsiones o afectos que se transfieren no son nunca puros. El mismo Freud lo señala en «Sobre la dinámica de la transferencia» y afirma que a la transferencia se aplica ajustadamente el término *ambivalencia* recién creado por Bleuler. Esta clasificación, por otra parte, es puramente observacional, no dinámica, pero de todos modos es útil, nos orienta; y además se refiere al paciente. La de Lagache, en cambio, se refiere al analista; y justamente *ese* es el problema. Es obvio que, como dice Lagache, la transferencia negativa del paciente, es decir la hostilidad, puede ser muy útil a los fines del tratamiento, del mismo modo que una transferencia positiva erótica intensa es siempre perniciosa. Acá la crítica de Lagache, sin embargo, suena como una petición de principios: cuando se habla de una transferencia po-

sitiva no se hace una referencia a su valor para el tratamiento. Es Lagache el que la hace.

Lagache propone entonces que, en lugar de una clasificación en términos de emociones, de *afectos*, se clasifique la transferencia en términos de *efectos* y que se hable, como en la teoría del aprendizaje, de transferencia positiva cuando un hábito antiguo favorece el aprendizaje y de transferencia negativa si lo interfiere. En términos de la teoría del aprendizaje se habla también de facilitación e interferencia.

Una vez afirmado en su teoría, Lagache puede asimilar la transferencia negativa a la resistencia, mientras que la transferencia positiva es la que facilita el desarrollo del análisis.

Lo que el análisis le propone al paciente, prosigue Lagache, es el hábito de la libre asociación. En última instancia, lo que tiene que aprender el paciente en el análisis es a asociar libremente, capacidad que implica al fin y a la postre la curación. Entonces, propone Lagache, llamemos transferencia positiva a la de aquellos hábitos del pasado que facilitan la libre asociación, como la confianza; y transferencia negativa a los que la interfieren.

La propuesta de Lagache es, pues, clasificar la transferencia en función de su finalidad y no de su contenido. Así, Lagache logra, por cierto, incluir la transferencia en la teoría del aprendizaje pero no resuelve, me parece, los problemas de la teoría psicoanalítica que en este punto enfrenta.

En cuanto explicamos la transferencia positiva como los aprendizajes del pasado que nos permiten cumplir con la libre asociación, estamos hablando de un proceso que se ajusta a la situación real y, por tanto, no es ya transferencia. De esta forma, el concepto de transferencia positiva queda en el aire, resulta anulado, superpuesto totalmente a la actitud racional del paciente ante el análisis como tarea.

El concepto de transferencia negativa también sufre, en cuanto queda totalmente atado al de resistencia —aunque la resistencia, como todos sabemos, tiene también un lugar legítimo en el tratamiento—. El juicio de valor que se evitó para las pulsiones se aplica ahora a las operaciones yoicas. Se vuelve al criterio de Freud (1912) de que la transferencia se alimenta en la resistencia. Lagache dice, concretamente, que la transferencia negativa implica una interferencia asociativa en el proceso de aprendizaje, por cuanto resulta un comportamiento inadecuado que no cumple con la asociación libre. Esto vale tanto como decir simplemente que el paciente tiene resistencias.

Por otra parte, como queda dicho, la repetición de hábitos antiguos que se ajustan a la situación real y actual, por definición, no es ya transferencia, y es preferible llamarlo *experiencia*. Un hábito antiguo que nos permite un buen ajuste a la realidad actual es un nuevo desarrollo donde no se repiten las pautas del pasado, sino que se las aplica; no se retoma algo interrumpido, para decirlo desde el punto de vista del efecto Zeigarnik. Si deseamos seguir explicando la transferencia por el efecto Zeigarnik, tal como nos lo enseñó Lagache, entonces veremos que no es aplicable a lo que Lagache propone llamar transferencia positiva, ya que por definición no hay allí una tarea del pasado que quedó incompleta.

La clasificación de Lagache falla, a mi juicio, porque no distingue entre transferencia y experiencia. Es por esto que, cuando definí la transferencia, la contrasté con la experiencia, en donde el pasado sirve para comprender la nueva situación y no para equivocarla. Por definición, sólo llamamos transferencia a una experiencia del pasado que está interfiriendo la comprensión del presente. Los recuerdos son nuestro tesoro, lejos de interferir nos ayudan, nos hacen más ricos en experiencia y más sabios. La experiencia supone tener recuerdos y saber utilizarlos.

En resumen, a partir de una clasificación que, repitámoslo, importa un intento de integrar la transferencia en la teoría del aprendizaje, Lagache tiene que modificar el concepto de transferencia incorporándole el de adaptación racional a la nueva experiencia, con lo que incurre en una contradicción, y hasta se desdice de sus aportes más valiosos.

8. Transferencia, realidad y experiencia

Hemos partido en este capítulo del concepto de repetición para explicar la transferencia y creo llegado el momento de estudiarlo en función de la realidad y la experiencia. Estas relaciones son, desde luego, complejas, pero podemos intentar explicarlas tomando como punto de partida la idea de los clisés y las series complementarias de Freud.

La libido, dice Freud, tiene dos partes: la conciente, que está a disposición del yo para ser satisfecha en la realidad, y la que no es conciente, porque está fijada a objetos arcaicos. Del balance de estos dos factores depende la primera serie complementaria, la (pre)disposición por fijación de la libido, que configura el *conflicto infantil*. La segunda serie complementaria depende de la primera, como disposición, y de la privación (*conflicto actual*). Cuando sobreviene el conflicto actual, que siempre se puede reducir en este esquema a una privación, una parte de la libido que estaba aplicada a un objeto de la realidad (sea este el cónyuge, el trabajo o el estudio) tiene que aplicarse a otro objeto y, si esto falla, emprende el camino regresivo. Este es el fenómeno al que Jung llamó introversión de la libido.

Sobre la base de este esquema, yo creo que la porción de libido que busca en la realidad sus canales de satisfacción tiene que ver con la experiencia y no con la transferencia. Esta idea se aplica a todos los acontecimientos humanos no menos que al encuentro erótico, donde siempre intervienen elementos de la experiencia. ¿Cómo va uno a conquistar y cómo va a relacionarse con su pareja si no es sobre la base de las experiencias pasadas? En la medida en que estas experiencias operen como recuerdos a disposición del yo y sean concientes tendremos más posibilidades de operar en forma realista. La otra parte de la libido, ligada a las imagos inconcientes, está siempre por definición insatisfecha, y busca descargarse sin tener en cuenta los elementos de la realidad.

Cuando la situación actual crea una privación, esa libido que queda

flotando insatisfecha tiende a la introversión, a cargar las imagos inconcientes para obtener una satisfacción que la realidad no da. Esto es lo que se llama conflicto actual, siempre vinculado a una situación de privación, que a su vez depende del conflicto infantil, porque cuanto más fijada esté la libido a los objetos arcaicos, más expuesto va a estar uno a la frustración. En otras palabras, cuanto más intenso es ese proceso de introversión de la libido, más disponibilidad para transferencia tiene el individuo; y, por el contrario, cuanto mayor sea la cantidad de libido que no sufre ese proceso, mayor posibilidad de adaptación real tendrá aquel en las relaciones eróticas.

La libido a disposición del yo es la que permite enfrentar la situación actual con un bagaje de experiencia que hace posible acceder a la realidad. En esto es decisivo, para mí, la realidad de la tarea, que surge del contrato —o del pacto inicial, como decía Freud—. Lo que me dicta la razón (y la realidad) es que esa mujer que está sentada detrás de mí trata de resolver mis problemas y ayudarme; por tanto, yo tengo que cooperar con ella en todo lo que pueda. Mi relación con mi analista, si yo estoy encuadrado en la realidad, no puede ser otra que la realidad del tratamiento. En cuanto mi libido infantil insatisfecha pretende aplicarse a esta mujer, ya estoy desbarrando. Ahí me falla el juicio de realidad. La *tarea* es, entonces, a mi juicio, lo que nos guía para pensar la realidad, el ancla que a ella nos amarra; y todo lo que no esté vinculado a la tarea puede considerarse, por definición, transferencia, ya que se da en un contexto que no es el adecuado.

De esta manera, al establecer un vínculo entre la tarea (o el contrato) y los objetivos que se buscan, se puede comprender la relación entre transferencia, realidad y experiencia. Lo que da sentido y realidad a mis objetivos y a mis sentimientos es que están enderezados a cumplir la tarea propuesta. El ajuste con la realidad que aquí se señala pertenece al individuo, al sujeto. La realidad es, entonces, subjetiva, pertenece al analizado y no puede ser definida desde afuera, es decir desde el analista, sin que incurramos en un abuso de autoridad, como muy bien precisa Szasz (1963).

10. La dialéctica de la transferencia según Lacan

1. Recopilación

Para hacer una síntesis de lo hasta aquí estudiado, podría decir que, cuando se lo considera a nivel teórico, el tema de la transferencia plantea dos interrogantes fundamentales, alrededor de los cuales giran todos los estudios: 1) la espontaneidad del fenómeno transferencial o, como también se dice, en qué grado lo determina la situación analítica, y 2) la naturaleza de la repetición transferencial. Sin perjuicio de que tal vez haya otros, son estos, sin duda, dos puntos esenciales. Miller (1979) afirma que la transferencia queda enlazada a tres temas fundamentales: la repetición, la resistencia y la sugestión, enfoque que coincide con el que recién se ha expresado.

De la *espontaneidad* del fenómeno transferencial hemos hablado suficientemente y señalamos que Freud tiene aquí una posición muy clara: no se cansa de insistir en que la transferencia no depende del análisis, que el análisis la detecta pero no la crea, etcétera. Esta opinión se registra desde el epílogo de «Dora» hasta el *Esquema del psicoanálisis*.

Algunos autores han señalado, y no sin cierta razón, que cuando Freud habla en 1915 del amor de transferencia afirma que es un fenómeno provocado por el tratamiento, y así trata de demostrárselo a la analizada; pero yo creo que esto no contradice lo anterior. Porque lo que quiere decir Freud es que las condiciones del tratamiento hacen que este proceso (que pertenece a la enfermedad) se haga posible: el tratamiento lo desencadena pero no lo crea. Tanto es así, que la participación del analista tiene el claro nombre de *seducción contratransferencial*, para denunciar su incuria.

En cuanto a la posición contraria, el trabajo más lúcido es, sin duda, el de Ida Macalpine, de 1950. Es, también, el más extremo, en cuanto sostiene que el fenómeno transferencial es una respuesta a las constantes del encuadre, y lo define como una forma especial de adaptación, por vía regresiva, a las condiciones de privación sensorial, frustración y asimetría de la situación analítica. No es el momento de discutir este punto de vista, que nos ocupará más adelante; pero diré que los elementos que propone Ida Macalpine son para mí harto discutibles, como trato de demostrar en mi trabajo «Regresión y encuadre» (1979), incorporado a este libro como capítulo 40.

Lagache y otros autores, como por ejemplo Liberman (1976a), adoptan una posición contemporizadora y ecléctica, diciendo que hay una

predisposición a la transferencia a la vez que una posibilidad de realización, es decir que los dos elementos intervienen. Esta solución, sin embargo, evita más que resuelve el problema. No hay duda que hay una serie complementaria entre la situación que ofrece el encuadre analítico y la predisposición que trae el paciente; pero el verdadero problema está en ver cuál de estos elementos es el decisivo. Yo digo, por ejemplo, que de no existir el complejo de Edipo el *setting* analítico no despertaría nunca el amor de transferencia sino, en todo caso, un amor como cualquier otro: lo decisivo es el complejo de Edipo del paciente;¹ y más aún, el encuadre está planeado para que pueda surgir la transferencia sin ser perturbada, y no al revés.

En cuanto al segundo tema, la naturaleza de la *repetición*, debemos a Lagache el estudio más sesudo, verdadero modelo de investigación clínica.

Que la transferencia es un fenómeno repetitivo nadie lo duda, tal vez con la sola excepción de Lacan en 1964; pero de lo que se trata es saber cómo juega en ella la repetición. Aquí la posición de Freud es ambigua: cambia y vuelve a cambiar desde «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b) al tercer capítulo de *Más allá del principio de placer* (1920g); y puede agregarse todavía, con buenas razones, que también cambia en 1926, cuando en *Inhibición, síntoma y angustia*, refiere la idea de repetición a un impulso del ello, que conceptúa como resistencia, mientras que la transferencia opera como un factor que promueve una específica defensa del yo, la resistencia de transferencia, que queda homologada a la resistencia de represión. Es difícil decidir si esta posición de Freud vuelve a su idea anterior o implica un tercer momento en la marcha de su investigación, como yo me inclino a pensar. Las llamadas resistencias del yo en la clasificación de 1926 coinciden con la primera explicación de 1912, es decir con la teoría de que la transferencia aparece como respuesta a la actividad del analista que se opone a la introversión de la libido; la resistencia del ello incluye, a la vez que circunscribe, el principio de la repetición según se concibe en 1920. Sea cual fuere nuestra posición al respecto, quedan en pie las dos alternativas de Freud: una, que la transferencia está al servicio del principio del placer, y consiguientemente del principio de la realidad; otra, que la transferencia expresa el impulso de repetición del ello que el yo intenta impedir en cuanto es un fenómeno siempre doloroso.

Esto ya lo discutimos ampliamente, y sólo podríamos decir, no para cerrar la discusión sino para recordar los elementos de juicio de que disponemos, que la idea de *Más allá del principio de placer* no es la que Freud utiliza en general después de 1920 cuando se refiere a la transferencia. Así, Freud cambia drásticamente, por ejemplo, su concepción del masoquismo después de ese año, pero no hace lo mismo con la transferencia. De todos modos, hay aquí un punto importante de controversia y esta controversia, como veíamos en el capítulo anterior, quien mejor la ha

¹ No tengo aquí en cuenta la contrasferencia por razones de método y de simplicidad. Que el analista participe con sus propios conflictos edípicos no cambia la naturaleza del fenómeno, aunque lo complique.

planteado es sin duda Lagache (1951), con ese prieto apotegma de *necesidad de la repetición versus repetición de la necesidad*.

Como el lector recordará, Lagache se inclina decididamente por la repetición de la necesidad, en cuanto apoya toda su explicación en el efecto Zeigarnik de que cuando hay una necesidad tiene tendencia a repetirse. Si se entiende, en cambio, que la transferencia está al servicio del instinto de muerte, entonces por fuerza se concluye que hay una necesidad de repetir.

Para valorar el juicio de Freud sobre la transferencia en este punto, vale la pena tener en cuenta que los conceptos de 1920 no se refieren propiamente a la transferencia. Como los sueños de la neurosis traumática y el juego de los niños, Freud la utiliza para fundamentar clínicamente la idea de un instinto de muerte; pero no se propone en ningún momento revisar su teoría de la transferencia.

De todos modos, Lagache está decididamente a favor del primer Freud (del primero y el último, diría yo), en cuanto entiende que la transferencia, bajo la égida del principio del placer, trata de repetir una situación para encontrarle un mejor desenlace. En este intento se apoya, al fin y al cabo, la posibilidad de un tratamiento psicoanalítico.

2. La dialéctica del proceso analítico

Lagache presentó su valioso trabajo en el Congreso de Psicoanálisis de las Lenguas Romances en 1951; y ahí Lacan expuso sus ideas sobre la transferencia. En principio, refrenda a Lagache y, a partir de allí, desarrolla sus puntos de vista.²

La idea de la cual parte Lacan es la de que el proceso analítico es esencialmente *dialéctico* (y quiero aclarar que se refiere a la dialéctica hegeliana). El análisis debe ser entendido como un proceso en que tesis y antítesis conducen a una nueva síntesis, que reabre el proceso.

El paciente ofrece la tesis con su material; y nosotros, frente a ese material, tenemos que operar una inversión dialéctica proponiendo una antítesis que enfrente al analizado con la verdad que está rehuyendo —que sería lo latente—. Esto lleva el proceso a un nuevo desarrollo de la verdad y al paciente a una nueva tesis.

En la medida en que este proceso se desenvuelve, la transferencia no aparece ni tiene por qué aparecer. Este es, a mi juicio, el punto clave, la tesis fundamental de Lacan: el fenómeno transferencial surge cuando, por algún motivo, se interrumpe el proceso dialéctico.

Para ilustrar esta teoría, Lacan toma el análisis de «Dora», donde este movimiento se ve claramente. Dice Lacan que nadie ha señalado, y es llamativo, que Freud (1905a) expone el caso «Dora» realmente como un

² Otro trabajo de Lacan sobre el tema, también de los *Ecrits*, es «La dirección de la cura y los principios de su poder», presentado al Coloquio Internacional de Royaumont de 1958, donde se mantiene lo dicho en 1951.

desarrollo dialéctico en el que se van dando determinadas tesis y antítesis; y afirma que este hecho no es casual ni es tampoco producto de una necesidad metodológica: responde a la estructura misma del caso (y de todos los casos).

La *primera tesis* que presenta Dora, como todos sabemos, es el grave problema que para ella significan las relaciones ilegítimas de su padre con la Sra. K. Esta relación existe, es visible, es incontrovertible; y lo que más le preocupa a ella, a Dora, porque la afecta directamente, es que, justamente para encubrir esa relación, el padre hace caso omiso de los avances con que el Sr. K. la asedia. Dora se siente así manejada por una situación que le es ajena. Freud opera aquí la *primera inversión dialéctica*, cuando le pide a Dora que vea cuál es su participación en esos acontecimientos, con lo que revierte el proceso: Dora propone una tesis (yo soy juguete de las circunstancias) y Freud le propone la antítesis de que ella no es pasiva como pretende. Esta primera inversión dialéctica confronta a Dora con una nueva verdad.

Dora, entonces, tiene que reconocer que ella participa en todo eso y que se beneficia, por ejemplo, con los regalos del Sr. K. y con los de su padre, que la situación de ella con el Sr. K. no se denuncia por las mismas razones, etcétera. Aparece entonces como actora y no como víctima.

En este momento Dora estalla súbitamente en celos con respecto a su padre, y esta es la segunda situación que ella plantea, su *segunda tesis*: ¿cómo no voy a tener celos yo en estas circunstancias? ¿Qué hija que quiere a su madre podría no tenerlos? Freud, sin embargo, tampoco se deja engañar, y nuevamente revierte el argumento operando la *segunda inversión dialéctica*. Le dice que no cree que sus razones sean suficientes para justificar sus celos, por cuanto la situación ya le era conocida: sus celos deben responder a otras causas, a su conflicto de rivalidad con la Sra. K., no tanto como amante del padre sino como mujer del Sr. K., que es quien a ella le interesa. «La *segunda inversión dialéctica*, que Freud opera con la observación de que no es aquí el objeto pretendido de los celos el que da su verdadero motivo, sino que enmascara un interés hacia la persona del sujeto-rival, interés cuya naturaleza mucho menos asimilable al discurso común no puede expresarse en él sino bajo esa forma invertida» (*Lectura estructuralista de Freud*, pág. 42). De donde surge, entonces, un nuevo desarrollo de la verdad, la atracción de Dora por la Sra. K.

En cuanto al segundo desarrollo de la verdad, que surge de los celos de Dora por las relaciones del padre con la Sra. K., Freud propone en verdad dos explicaciones: 1) enamoramiento edípico del padre y 2) enamoramiento de K. Dora manifiesta sus celos pretendiendo que está celosa del padre como hija; pero la segunda inversión dialéctica de Freud tiene en realidad las dos antítesis que acabo de enumerar. Freud le muestra a Dora, en primer lugar, que sus celos del padre son eróticos, identificada con las dos mujeres del padre (la madre de Dora y la Sra. K.). En segundo lugar, que ella está enamorada de K. y que si ha reforzado el vínculo filial con el padre es para reprimir su amor por K., su temor

a no resistir sus galanteos. Como surge claramente de la interpretación del primer sueño y de lo que Freud dice en el capítulo primero (*AE*, 7, pág. 52), el amor infantil por el padre se había reactivado para reprimir el amor por K.

Le faltó operar a Freud una *tercera inversión dialéctica*, que hubiera llevado a Dora desde el amor del Sr. K. al vínculo homosexual con la Sra. K.

De esta forma queda claro que Lacan busca una rectificación del sujeto con lo real, que se da como una inversión dialéctica. Este procedimiento muestra que la paciente, Dora en este caso, no está desadaptada, como diría Hartmann (1939), sino, por lo contrario, demasiado bien adaptada a una realidad que ella misma contribuye a falsificar.

3. Trasferencia y contratrasferencia

Si Freud no pudo cumplir este tercer paso es, para Lacan, porque su contratrasferencia lo traiciona.

Es bien cierto que en el epílogo, en una nota al pie (*AE*, 7, pág. 104-5), Freud dice concretamente que falló porque no fue capaz de comprender la situación homosexual de Dora con la Sra. K., y hasta agrega que, mientras no descubrió la importancia de la homosexualidad en las psiconeurosis, no pudo nunca comprenderlas cabalmente. Sea por lo que fuere, Freud de hecho no llegó a operar esta tercera inversión dialéctica; tendría que haberle dicho a Dora que, detrás de sus celos por el Sr. K. estaba su amor por la mujer. De haberlo hecho, Dora se hubiera visto confrontada con la verdad de su homosexualidad, y el caso se habría resuelto. En lugar de hacer esto, dice Lacan, Freud trata de hacer conciente a Dora de su amor por K. y, por otra parte, también insiste en que el Sr. K. podría estar enamorado de ella. Ahí Freud se *engancha* en la transferencia y no hace la reversión del proceso.

Si Freud se coloca en el lugar del Sr. K., sigue Lacan, es porque un fenómeno de contratrasferencia le impide aceptar que no es a él, identificado con K., sino a la Sra. K. a quien Dora ama: «Freud en razón de su contratrasferencia vuelve demasiado constantemente sobre el amor que el Sr. K. inspiraría a Dora», dice Lacan (pág. 45); y comenta acto seguido que es singular que Freud toma siempre las variadas respuestas de Dora como confirmación de lo que él le interpreta.

Dos páginas después señala Lacan: «Y el hecho de haberse puesto en juego en persona como sustituto del Sr. K. habría preservado a Freud de insistir demasiado sobre el valor de las proposiciones de matrimonio de aquel» (*ibid.*, pág. 47). De esta forma, Lacan abre el problema del valor de la interpretación transferencial en el proceso analítico. Es evidente que, para Lacan, la interpretación transferencial cumple una función que podríamos llamar higiénica, en cuanto preserva al analista pero «no remite a ninguna propiedad misteriosa de la afectividad» (*ibid.*). La *trasfe-*

rencia toma su sentido del momento dialéctico en que se produce y que expresa comúnmente un error del analista (*ibid.*). Freud piensa, más bien, que debería haberle dado a Dora una interpretación trasfereencial concreta, esto es, que ella le imputaba las mismas intenciones que K. Esta interpretación trasfereencial no es del agrado de Lacan, ya que Dora la habría acogido con su habitual escepticismo (desmentida); pero, por la «oposición misma que habría engendrado habría orientado probablemente a Dora, a pesar de Freud, en la dirección favorable: la que la habría conducido al objeto de su interés real» (*ibid.*). No es, pues, una interpretación «trasfereencial» lo que pone en marcha el análisis, sino la reversión dialéctica del proceso, que, en este punto concreto, llevaría a Dora a tomar contacto con su amor por la Sra. K.

La ceguera de Freud está vinculada con su contratrasferencia, que no le permite aceptar que Dora no lo quiera a él como hombre. Identificado con el Sr. K., trata de convencer a Dora de que K. (que es él mismo) la quiere bien y, al mismo tiempo, intenta despertar el amor de Dora por K. (= Freud), cuando en ese momento la libido de Dora es básicamente homosexual. El enganche surge, pues, por un problema de contratrasferencia: la imposibilidad de Freud de aceptarse como excluido. En la medida en que el problema contratrasfereencial lo ciega, Freud queda atrapado y el proceso se corta.

Puesto que esta situación tiene para Lacan validez universal, se sigue que la transferencia resulta ser el correlato de la contratrasferencia. Si Freud no hubiera estado cegado en este punto por su contratrasferencia, habría podido mantenerse al margen de esos avatares, enfrentando a Dora con sus sentimientos homosexuales. Es a partir del analista, entonces, que se produce el estancamiento del proceso y *aparece* la transferencia como un enganche por el cual el analista queda incluido en la situación. Para que esto no le pase, el analista debe devolver al analizado sus sentimientos a través de una reversión dialéctica. O tal vez sería mejor decir, al revés, que si el analista no sucumbe a su contratrasferencia, podrá oponer la antítesis que corresponda.

Según este punto de vista, Lacan describe la transferencia como el momento de un fracaso en el contexto de las relaciones dialécticas de la cura: cuando falla el proceso dialéctico aparece la transferencia como un enganche, como un obstáculo.

En el caso de Dora esto es patente, porque el mismo Freud reconoce que su error fue no decirle a Dora que la pulsión inconciente más poderosa en su vida mental era su amor homosexual por la Sra. K. Freud llegó a señalarle que era sorprendente que no le guardara rencor a quien a todas luces la había acusado; pero no fue más allá.

4. La inversión dialéctica omitida

La tercera inversión dialéctica, dice Lacan, debería haber enfrentado a Dora con el misterio de su propio ser, de su sexo, de su feminidad. Ella ha permanecido fijada oralmente a la madre y en ese sentido expresa el estadio del espejo, donde el sujeto reconoce su yo en el otro (Lacan. 1949, 1953a). Dora no puede aceptarse como objeto de deseo del hombre.

La inversión dialéctica que Freud no operó hubiera llevado a Dora a reconocer lo que la Sra. K. significaba para ella. Lacan insiste en que cuando K. le dice a Dora en el lago que su mujer no significaba nada para él rompe torpemente el hechizo de lo que él significa para Dora, el vínculo con la mujer. De ahí esa cachetada que ha pasado a la historia del psicoanálisis. Lacan muestra acá, finalmente, que la brusca reacción de Dora tiene otro determinante que los casi manifiestos celos por la institutriz de los chicos de los K., en cuanto expresa la ruptura de esa relación imaginaria que Dora mantiene con la Sra. K. a través de su marido. Sin embargo, la escena del lago y la cachetada que Dora propina a su seductor no pueden explicarse, a mi juicio, sin tener en cuenta los celos heterosexuales del complejo de Edipo. El «parto» de Dora a los nueve meses de esta escena fuerza el razonamiento de Lacan, que tiene que decir: «El fantasma latente de embarazo que seguirá a esta escena no es una objeción para nuestra interpretación: es notorio que se produce en las histéricas justamente en función de su identificación viril» (pág. 46). Hago este comentario porque creo que la técnica lacaniana de la reversión dialéctica del material para «desengancharse» de la transferencia sólo puede sustentarse en la idea de que hay siempre un sólo problema a resolver y no varios. Freud, en cambio, no duda de que la cachetada del lago fue un impulso de celosa venganza (AE, 7, pág. 93).

Si Freud hubiera enfrentado a Dora con su vínculo homosexual con la Sra. K., operando la tercera inversión dialéctica que Lacan le reclama, no se habría puesto en el lugar del Sr. K., víctima de su contratransferencia, ni habría sentido la necesidad de hacer que Dora reconociera su amor por el Sr. K., con quien él se identifica.

Hay aquí, sin embargo, a mi juicio, una nueva simplificación de Lacan: nada descarta que si Freud hubiera procedido como se sugiere, Dora pudiera haberse sentido rechazada, identificando por ejemplo a su analista con un padre débil que la cede a la mamá. No se explica por qué Lacan, que es escéptico sobre la interpretación de la transferencia, que Dora habría acogido con su habitual desmentida, cree en cambio que su tercera reversión dialéctica hubiera tenido mejor destino.

5. Breve reseña de algunas ideas de Lacan

Dentro de las teorías lacanianas, como es sabido, el estadio del espejo es un momento fundante de la estructura del yo. No hay que entenderlo

como un paso genético, aunque sea claramente una fase previa al Edipo, sino como un intento de dar cuenta del narcisismo primario en términos estructurales. El estadio del espejo implica una situación diádica entre la madre y el niño, donde este descubre su yo espejado en ella: es en su reflejo en la madre donde el sujeto descubre su yo, porque la primera noción del yo proviene del otro (Lacan, 1949, 1953a).

El yo es sustancialmente excéntrico, es una alteridad: el niño adquiere la primera noción de su yo al verse reflejado en la madre, es decir en el otro, porque la madre es el otro, y este *otro* es un otro con minúscula; después va a aparecer el *Otro* con mayúscula, que es el padre de la situación triangular.

Dentro de la relación con la madre, que siempre es diádica, se da un nuevo desarrollo del estadio del espejo cuando aparecen los hermanos, y con ellos los celos primordiales y la agresividad. En esta situación, aunque hay fenomenológicamente tres, en realidad sigue habiendo dos, porque la relación del niño con su hermano se da en función del deseo de ocupar el lugar que él tiene al lado de la madre, en cuanto es deseado o querido por ella.

Sólo después de este segundo momento del estadio del espejo sobreviene, cuando aparece el padre, una ruptura fundamental de la relación diádica. El padre irrumpe y corta ese vínculo imaginario y narcisista, obligando al niño a ubicarse en un tercer lugar, la clásica configuración del complejo de Edipo, que *sujeta* al niño al orden simbólico, es decir lo hace sujeto arrancándolo de su mundo imaginario, haciéndole aceptar el falo como significante que ordena la relación y la diferencia de los sexos.

Lacan entiende la relación de Dora con el Sr. K. como imaginaria, es decir, diádica: el Sr. K. es un hermano con el cual ella tiene un problema de rivalidad (y de agresión) por la mamá, representada por la Sra. K. En este contexto, también el padre de Dora es para ella un hermano rival. (El padre de Dora es débil y no sabe imponerse como tal.)

En el estadio del espejo el niño, que obtiene su primera identidad reflejado en la madre, para mantener esa estructura diádica y ser querido en forma narcisista, se identifica con el deseo de ella. Ahora bien, en la teoría freudiana, el deseo de la madre, como el de toda mujer, es tener pene; y el chico se imagina (y esta palabra es empleada en su sentido más literal) como el pene que la madre quiere tener. Es en este sentido que el niño es el *deseo del deseo*, porque su único deseo es ser deseado por la madre. En el estadio del espejo, pues, hay una relación *imaginaria* en la cual objeto y sujeto se espejan, son en el fondo iguales.

La relación imaginaria del niño con la madre cuaja, pues, en una situación (narcisista) en que el pequeño se convierte en la parte faltante de la madre, en el pene que ella siempre ansió tener y siempre amó, también en forma narcisista. El niño es el deseo de ella, deseo del deseo, donde se da la situación imaginaria de que el pequeño puede colmar el deseo (de tener un pene) de la madre. Es aquí, justamente, donde el padre aparece en el escenario y se configura la situación triangular.

6. El orden simbólico

Lacan distingue en el complejo de Edipo tres etapas. En la *primera*, el padre está ubicado en la condición de un hermano, con todos los problemas de rivalidad propios del estadio del espejo, es decir, es para el niño un rival más que pretende ocupar el lugar del deseo de la madre. Hasta este momento el pequeño vive en un mundo imaginario de identificación con la madre, donde el padre no cuenta.

En la *segunda* etapa del Edipo, el padre opera la castración: separa al niño de la madre y le hace sentir que no es el pene de la madre (y a la madre, que el hijo no es su pene). Aquí es donde el padre aparece fundamentalmente como (superyó) castrador. Esta castración es absolutamente necesaria para el desarrollo, según Lacan (y según todos los analistas).

Una vez que el padre ha consumado la castración y ha implantado su Ley, una vez que ha puesto las cosas en su lugar separando al hijo de la madre al romper la fascinación especular que los unía, sobreviene la *tercera* etapa en la cual el padre es permisivo, es dador, y facilita al niño una identificación vinculada no ya al superyó, sino al ideal del yo: es el momento en que el niño quiere ser como el padre. Cuando el hijo reconoce que el padre tiene el falo y comprende que él no es el falo, quiere ser como el padre (que, dicho sea de paso, tampoco es el falo deseado por la madre, porque el padre *tiene* el falo, pero no *es* el falo). Esto permite que el niño pase de una situación en que su dilema es ser o no ser el falo (segunda etapa), a otra, la tercera etapa, en la cual quiere tener un falo, pero no ya serlo.³

Este pasaje implica el acceso al orden simbólico, porque Lacan admite, como Freud (1923e, 1924d, 1925f), una etapa fálica, donde la alternativa fálico-castrado, esto es, la presencia o ausencia del falo, es lo que va a determinar la diferencia de los sexos. En el momento en que se opera la castración, el chico reconoce con dolor esta diferencia: él no es el falo, la madre no tiene falo, y sobre ese eje se establecen todas las diferencias con el falo como símbolo, como expresión de una singularidad que lo erige en primer significativo.

Este cambio sustantivo y sustancial que ordena la relación entre los sexos, entre padre e hijos (y entre todos los hombres), surge del remplazo de un hecho empírico por un *significante*: el pene como órgano anatómico queda sustituido por el falo como símbolo. A esto llama Lacan, con propiedad, la *metáfora paterna*: en cuanto aparece como símbolo de las diferencias, el falo es una metáfora, y esta metáfora es la *Ley del Padre*, la ley que sujeta al individuo al orden simbólico obligándolo a aceptar la castración y el valor del falo como símbolo: el individuo se hace sujeto, se *sujeta* a la cultura.

³ Isidoro Berenstein (1976) ha señalado muchas veces que el desenlace del complejo de Edipo implica que el hijo renuncia a ser el padre pero no a ser *como* el padre, quien en su momento renunció a su madre en lugar de casarse con ella.

7. Espejismo de la transferencia

Hice esta breve reseña de algunas ideas de Lacan para comprender mejor sus fundamentos al discutir la técnica de Freud con Dora. Lacan piensa que Freud podría haber solucionado la neurosis de Dora, y agrega con fina ironía, ¡qué prestigio no habría ganado Freud de haber resuelto esta tercera situación dialéctica que presentaba Dora! Por una falla de contrasferencia Freud comete un error y, en lugar de enfrentar a Dora con su conflicto de homosexualidad con la Sra. K., trata de empujarla por el camino de la heterosexualidad hacia el Sr. K., con el cual obviamente se ha identificado.

Uno de los supuestos teóricos de Lacan, que se desprende de la reseña de sus teorías, es que la relación de Dora con la Sra. K. está signada por el estadio del espejo: fijación oral y homosexualidad vinculada a querer ser el pene de la madre. El Sr. K. es el rival de Dora en la posición de un igual, de un hermano. Y cuando Freud se identifica con el Sr. K. se coloca en una situación imaginaria en todo el sentido de la palabra, porque es algo que Freud imagina pero que no es verdadero; y es imaginaria, también, en cuanto Freud empieza a reverberar en una relación diádica, esto es, de imágenes iguales, sin operar el corte simbólico que tendría que haber efectuado desde una posición de padre. Lo que debería haber hecho Freud en ese momento es imponer la Ley del Padre y separar a Dora de la Sra. K.

Tal como se acaba de conceptuar, el fenómeno de transferencia es siempre una falla del analista, que se engancha en una situación imaginaria. La situación de transferencia en términos de tú y yo es algo desprovisto de significado que no hace más que reproducir indefinidamente la fascinación imaginaria. De aquí que Lacan deplora el excesivo énfasis del psicoanálisis actual en el *hic et nunc* (aquí y ahora).

En conclusión, la transferencia no es real (en el sentido de la realidad simbólica) sino algo que aparece cuando se estanca la dialéctica analítica. El arte y la ciencia del analista consisten en restablecer el orden simbólico, sin dejarse capturar por la situación especular. Interpretar la transferencia, dice bellamente Lacan, «no es otra cosa que llenar con un espejismo el vacío de ese punto muerto» (pág. 47). Según esta opinión, y de acuerdo con todo el razonamiento de Lacan, la interpretación transferencial no opera por sí misma; es un espejismo, algo que nos engaña doblemente, porque nos mantiene en el plano imaginario del estadio del espejo y porque no nos deja operar la inversión dialéctica que el momento hace necesaria.

Esta opinión tan original como extrema se atenúa por el efecto, diría yo, de artefacto que tiene para Lacan la interpretación transferencial. Reproduzco la cita anterior de la página 47 en forma más completa: «¿Qué es entonces interpretar la transferencia? No otra cosa que llenar con un espejismo el vacío de ese punto muerto. Pero este espejismo es útil, pues aunque engañoso, vuelve a lanzar el proceso». Compárese con lo que dije antes sobre la interpretación transferencial que Freud hubiera

querido dar a Dora (AE, 7, pág. 103), que (sólo) por oposición podría haberla orientado en la dirección favorable.

Es necesario recordar en este punto que, para Lacan, lo imaginario es siempre engañoso y, por otra parte, lo real es una estructura diferente de la realidad fáctica o empírica. Lacan llama realidad, siguiendo a Hegel, a la realidad que vemos a través de nuestra propia percepción estructurada. Así como la máquina o la fábrica producen la transformación de la energía, decía Hegel, también nosotros nunca vemos la realidad fáctica o empírica sino una realidad estructurada. A esta realidad se remite siempre Lacan, a lo real que es racional.

8. Trasferencia e historicidad

El análisis es, repitámoslo, un proceso dialéctico que investiga la historia del paciente y donde la transferencia surge en el momento en que el analista deja de ofrecer la antítesis que corresponde. La transferencia queda así definida como resistencia y más precisamente como resistencia del analista. Lacan imagina un proceso analítico en el cual, idealmente, podría no existir la transferencia: si el analista entendiera *todo*, el proceso seguiría su curso y la transferencia no tendría por qué aparecer.

Lacan dice textualmente: «¿Qué es finalmente esa transferencia de la que Freud dice en algún sitio que su trabajo se prosigue *invisible* detrás del progreso del tratamiento y cuyos efectos por lo demás “escapan a la demostración”? ¿No puede aquí considerársela como una entidad totalmente relativa a la contrasferencia definida como la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las perplejidades, incluso de la insuficiente información del analista en tal momento del proceso dialéctico?» (págs. 46-7).

Atenuando empero esta tajante opinión, su «Intervención» termina con estas palabras: «Creemos sin embargo que la transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista, el mismo valor para volvernos a llamar al orden de nuestro papel: un no actuar positivo con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente».

Lacan insiste mucho en este tema. En su artículo de 1958, por ejemplo, Lacan dice que la resistencia parte del analista, en cuanto es siempre este quien obstruye el proceso dialéctico. Lo que le interesa a Lacan es reconstruir la vida del paciente como historicidad; y este proceso queda interferido cada vez que la transferencia cambia el pasado en actualidad. La consecuencia técnica es, pues, que en este proceso dialéctico de reconstrucción, el analista debe desengancharse de esa situación dual o imaginaria, y para esto opera siempre concretamente como padre. Willy Baranger (1976) señala en su trabajo sobre el complejo de Edipo que «la función específica del analista nos parece ubicarse en un registro esencialmente *paterno* (cualquiera sea el sexo efectivo, naturalmente), ya que se sitúa en el límite mismo que separa y define el orden imaginario y

el orden simbólico» (pág. 311). Y agrega acto seguido que enfrentar al sujeto con la castración es específicamente una función paterna. Es decir, el analista siempre interviene para romper el espejismo de la diada madre-niño.

9. El manejo lacaniano de la transferencia

Las ideas de Lacan que acabamos de exponer se proyectan en su técnica, que a mí me parece severa y rispida. Digamos para empezar que, así como Lacan toma el caso «Dora» para ilustrar su tesis de la transferencia como falla del analista, también se la podría tomar para mostrar que el enfoque dialéctico de Lacan es insuficiente. Hay que tener en cuenta, por de pronto, que Freud *construye* con Dora su teoría de la transferencia, de modo que no es este caso, precisamente, el que más se presta para estudiar cómo opera esta teoría en el tratamiento. Lo que piensa el mismo Freud es que falló porque no prestó suficiente atención a las primeras advertencias y que la transferencia lo tomó de sorpresa (*AE*, 7, pág. 104), y no que se dejó enganchar, como afirma Lacan. La única forma de desencancharse de la transferencia es interpretarla desde el lugar del objeto que el analista tiene asignado en el momento. La Dora que imagina Lacan posee, me parece, un grado muy alto de racionalidad para mantenerse en la línea que él le propone.

La teoría de la transferencia de Lacan tiene sin duda su soporte teórico en la diferencia entre lo imaginario y lo simbólico. En tanto la transferencia es siempre un fenómeno imaginario, lo que tiene que hacer el analista es romperlo, transformar la relación imaginaria en simbólica. Es de notar que esta cura «quirúrgica», de corte; de ruptura, no depende del nivel que ha alcanzado el proceso, sino enteramente del analista, hasta el punto de que no hacerlo es siempre un fenómeno de contratransferencia. Desde este punto de vista el concepto de *holding* (Winnicott, 1958) no cuenta, ni parece tampoco escucharse la voz de Freud, que una y otra vez nos aconseja no interpretar antes de que se haya creado un *rapport* suficiente.

Lacan insiste en la idea de ruptura y esta idea (este significante, diría él) debe reconocerse como una imagen plástica de su concepción técnica. Así lo plantea también Baranger en el trabajo ya citado, una de cuyas conclusiones es que el Edipo temprano de Melanie Klein ha llevado «a considerar la situación analítica como el marco de maternaje en el cual se despliegan relaciones duales y no triádicas» (1976, pág. 314). La teoría continente-contenido de Bion (1962b), sin embargo, se introduce como un factor de pensamiento, y no tiene por tanto una referencia especular.

En su discurso de Roma de 1953, Lacan distingue la palabra *vacía* y la palabra *llena*. Allí donde la resistencia se hace máxima frente al acceso posible a la palabra reveladora, el discurso da un vuelco, un desvío hacia la palabra vacía, es decir, la palabra como mediación, como enganche en el interlocutor. Este enganche con el *otro* (con minúscula) impide el acce-

so al *Otro* (con mayúscula). Por esto dice Lacan que la resistencia es siempre algo que se proyecta en el sistema yo-tú, el sistema imaginario. En el momento en que se produce ese vuelco se asienta el soporte de la transferencia.

Si la resistencia cristaliza en el sistema especular yo-otro (con minúscula), en cuanto el analista considera el yo del paciente como aliado (en el sentido de la alianza terapéutica), cae en la trampa especular en que se encuentra el paciente mismo; queda encerrado en esa relación dual e imaginaria. El enfoque actual de la técnica, opina Lacan, pierde de vista que la resistencia es resistencia de algo a lo que el sujeto no quiere acceder, y no resistencia del otro. De aquí la crítica de Lacan a la interpretación preferente del *hic et nunc* de la transferencia. La relación analítica no debe concebirse como dual, como diádica, sino como integrada por un tercer término, el Otro (con mayúscula), que determina la historicidad simbólica. La transferencia, en fin, es un espejismo del que el analista se tiene que desenganchar.

Digamos, para terminar este punto, que la técnica que propone Lacan parece sólo aplicable al caso neurótico, en cuanto da por sentado que es siempre posible el acceso al orden simbólico, es decir, que el analizado está desde el principio en condiciones de abandonar el orden de lo imaginario y diferenciarse del objeto.

11. La teoría del sujeto supuesto saber

El pensamiento de Lacan es complejo y tiene vitalidad. No es por lo tanto extraño que cambie; y más todavía en un tema como la transferencia, que lo ocupó en muchas ocasiones a todo lo largo de su extensa obra.

Hasta aquí la transferencia había quedado ubicada en la tópica de lo imaginario, donde analista y paciente se espejan uno en el otro y quedan prisioneros de su fascinación narcisística. Desde esta perspectiva el proceso psicoanalítico sólo se va a constituir en el momento en que el analista transforme esa relación dual en simbólica, para lo cual es necesario que rompa la relación diádica y ocupe un tercer lugar, el lugar del código, el lugar del gran Otro.

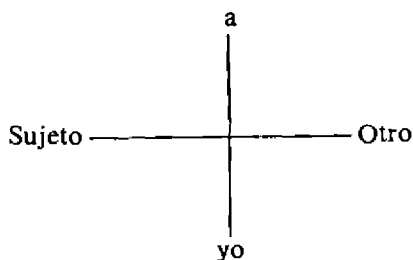
1. El sujeto supuesto saber

En *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), el libro 11 de sus seminarios, Lacan va a ofrecer una nueva hipótesis, que asigna a la transferencia un lugar en el orden simbólico. Esta propuesta, a la que se conoce como *la teoría del sujeto supuesto saber* (S.S.S.), tiene como punto de partida una reflexión sobre el conocimiento y el orden simbólico.

El punto de partida de la argumentación de Lacan es un estudio sobre la función del analista. Una cosa es que el analista quede incluido en la relación dual del estadio del espejo y otra muy distinta que ocupe el tercer lugar que exige el orden simbólico.

A partir de esta diferencia, Lacan se plantea la cuestión de la posición del analista en la situación analítica no menos que la posición del análisis en la ciencia.

La función del analista es desaparecer en tanto que yo (*moi*) —dice Miller (1979, pág. 23)— y no permitir que la relación imaginaria domine la situación analítica. El analista debe estar en el lugar del Otro. Miller expresa esta concepción del proceso analítico con un esquema sencillo, con una cruz en uno de cuyos ejes se inscribe la relación imaginaria y recíproca del yo y el *a* (otro con minúscula) y en el otro eje están el *sujeto* y el gran *Otro*.



La ciencia supone separar lo simbólico de lo imaginario, el significante de la imagen. El significante, dice Miller en la página 60 de su tercera conferencia, puede existir independiente de un sujeto que se exprese por su intermedio.¹ Sin embargo, cada vez que el progreso de la ciencia crea una nueva invención significativa nos sentimos llevados a pensar que estaba allí desde siempre y entonces la proyectamos en un *sujeto supuesto saber*. Descartes hizo posible la ciencia porque puso a Dios como garante de la verdad, con lo que pudo separarlo del conocimiento científico. La ciencia se presenta, pues, como un discurso sin sujeto, como un discurso impersonal, el discurso del sujeto supuesto saber en persona (Miller, 1979, pág. 66).

Para Lacan «algo de Dios persiste en el discurso de la ciencia a partir de la función del S.S.S.», dice Miller (pág. 70), «porque es muy difícil defenderse de la ilusión de que el saber inventado por el significante no existe desde siempre», que desde siempre estaba allí.

2. El sujeto supuesto saber en la transferencia

Sobre la base de estas ideas se articula la nueva teoría de la transferencia de Lacan. Al introducir la regla de la asociación libre, el analista le dice al paciente que todo lo que diga tendrá valor, tendrá sentido; y de este modo, a partir del dispositivo del tratamiento, el analista se transforma para el paciente en el sujeto supuesto saber.

Si bien por esta circunstancia el analista hace en la cura de sujeto supuesto saber, lo que Lacan afirma es que la experiencia psicoanalítica consiste precisamente en evacuarlo. Estructuralmente, el S.S.S. aparece pues con la apertura del análisis; pero la cuestión está al final y no al comienzo. El final del análisis significa eyectar el S.S.S., comprender que no existe. Por esto, el análisis ocupa un lugar especial en la ciencia, porque sólo en él puede el S.S.S. quedar incluido en el proceso y ser al final evacuado. Si hay una ciencia verdaderamente atea, sentencia Miller, es el psicoanálisis (pág. 68).

El análisis de la transferencia consiste en descubrir —afirma Miller—

¹ Compárese con la idea de Bion (1962b) del aparato para pensar los pensamientos.

que no hay en el sentido real un S.S.S. (pág. 125), y subraya a continuación que este proceso en que se evacua el S.S.S. al final del tratamiento coincide con la pérdida del objeto, el duelo por el objeto tal como lo plantea Melanie Klein (1935, 1940).

En otras palabras, según la teoría del S.S.S., el analizado intenta de entrada establecer una relación imaginaria con el analista, ya que al atribuirle el saber de lo que le pasa está asumiendo que el analista y él son uno. Cuando el analista no se deja colocar en ese papel y le hace comprender al analizado que el único que sabe lo que a él le pasa (cuál es su deseo) es él mismo, se alcanza el nivel simbólico.

Esta idea no sólo es cierta sino que todos la aceptamos. El analizado nos atribuye un conocimiento de él que no tenemos, y nuestra tarea es rectificar ese juicio, que proviene de una fascinación narcisista. Winnicott (1945, 1952) diría que tenemos que ir desilusionando al paciente, hasta hacerle comprender que ese objeto que todo lo sabe no existe más que en su imaginación.

Como una primera aproximación a esta teoría podemos decir que, al comienzo de la cura, el analizado supone que el analista posee el saber que le concierne y que, con el correr del tiempo, va abandonando esta suposición. Ya hemos dicho que el S.S.S. es la consecuencia inmediata de que el analista introduzca la regla fundamental en el momento de empezar el tratamiento. No debe deducirse de esto sin más, sin embargo, que el S.S.S. surge de que el paciente le atribuye al analista la omnisciencia, un saber omnímodo que todo lo abarca y lo alcanza. Cuando se da este fenómeno en estado puro estamos ya frente a la psicosis: el paciente cree que el analista conoce sus pensamientos (paranoia) e inclusive los provoca, como en el delirio transitiuista de los esquizofrénicos. En estos casos extremos la transferencia funciona al máximo y el S.S.S. emerge en toda su magnitud; y acotemos que, de esta forma, con o sin intención, viene Lacan a definir con elegancia la psicosis de transferencia.

En los otros casos, más comunes y menos graves, cuando el analista introduce la regla fundamental y da con ello al paciente la garantía de que todo lo que diga podrá ser interpretado, el analizado por lo general se muestra escéptico y teme más bien poder engañar al analista. Lacan propone un sencillo ejemplo: un paciente que oculta su sífilis porque teme que eso conduzca al analista a una explicación organicista y lo desvíe de lo psicológico (1964, pág. 238 de la ed. castellana). El paciente puede pensar, entonces, no sólo que el analista sabe todo sino, al revés, que el analista será engañado si le proporciona ciertos datos.

Es necesario señalar que la teoría del S.S.S., en cuanto atribuye la transferencia a la constitución misma de la situación analítica, a su estructura —que Lacan gusta llamar el *discurso analítico*—, le reconoce a la transferencia un lugar propio y ya no la podrá denunciar, me parece, como el momento de errancia del analista. La transferencia surge del paciente en el momento mismo en que el analista introduce la regla fundamental; y cuanto más enfermo esté el paciente, más verá al analista como al S.S.S. en persona, como es el caso del paranoico, por ejemplo. Ya Fe-

renczi había dicho en su ensayo de 1909 que la cuantía de la transferencia es directamente proporcional al grado de enfermedad.

De esta forma, creo que la teoría del S.S.S. implica que cada vez que enunciamos una antítesis y operamos una reversión dialéctica estamos apoyando implícitamente la creencia de nuestro analizado de que somos el S.S.S., lo que nos obliga a interpretar esta creencia, es decir, a integrar a la antítesis que hemos propuesto el elemento transferencial con que la recibe el paciente. Si esto es así, entonces la técnica debe variar y acercarse a la que usa la interpretación transferencial como un instrumento indispensable y cotidiano. Por todo esto pienso que las dos teorías de Lacan sobre la transferencia no son fácilmente conciliables.

3. La transferencia y el orden simbólico

Este gran cambio del pensamiento de Lacan puede advertirse en *Los cuatro conceptos* ya antes de que proponga su teoría del S.S.S., cuando en el capítulo XI (pág. 152) dice que «la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconciente». Con esta afirmación Lacan se acerca a la opinión de todos los analistas en general, esto es, que la transferencia es un fenómeno universal y que deriva básicamente del funcionamiento del inconciente, del proceso primario. De acuerdo con lo que Freud nos ha enseñado, sigue Lacan, la realidad del inconciente es sexual, es el deseo. Y este deseo que pone en acto la transferencia, concluye Lacan, es el deseo del otro, es decir el deseo del analista. Por esto, la presencia del analista es para Lacan muy importante, y a ello dedica el capítulo X del libro. Y ese deseo del analista, bien singular por cierto, es el de no identificarse con el otro, respetando la individualidad del paciente (Miller, 1979, pág. 125).

Volviendo a lo anterior, el discurso analítico (la situación analítica) tiene para Lacan, sin embargo, otra vertiente. Si al pedirle al paciente que hable y que diga todo lo que pasa por su cabeza instaura por un lado el S.S.S. como columna vertebral de la transferencia, por otro otorga al analista un poder sobre el sentido de lo que el analizado dice. Su posición de intérprete convierte al analista en el amo de la verdad, afirma Lacan, en tanto decide retroactivamente la significación de lo que le es dirigido. En este momento y en cuanto sujeto que se supone saber el sentido, el analista es ya el Otro. Aquí se establece pues, claramente, una diferencia entre el Otro que sabe verdaderamente y el sujeto supuesto saber; y todo me hace suponer que esta diferencia es la misma que va del orden imaginario al orden simbólico. En cuanto garante de la experiencia analítica, el analista es el gran Otro, y este es el punto en que la transferencia se hace simbólica.

El nivel simbólico de la transferencia aparece entonces, evidentemente, cuando el analista, en lugar de ocupar el lugar del S.S.S. que el paciente le asigna ocupa el lugar del Otro. Cómo se cubre ese trayecto sin caer en el autoritarismo ni incurrir en afirmaciones ideológicas, si se prescinde de

la interpretación trasferencial, me parece que es más fácil de pensar que de ejecutar en la praxis concreta del consultorio.

Es necesario señalar aquí que, para Lacan, siempre es el oyente el que decide sobre el sentido; en todo diálogo, el que calla detenta el poder por cuanto otorga significación a lo que el otro dice; pero, en cuanto el oyente pasa a ser hablante, ese poder de hecho se reparte. El diálogo analítico, en cambio, es completamente asimétrico, ya que el analista siempre calla y si habla es para sancionar la significación de lo que dijo el analizado. De esta forma, el poder lo tiene solamente el analista. Desde este punto de vista, el discurso (situación) analítico es constitutivamente un *pacto* entre el analista y el paciente donde este le reconoce a aquel el lugar del gran Otro.

4. Efecto constituyente y efectos constituidos

El pivote de la transferencia, lo que la funda, es pues la forma singular en que se establece el discurso analítico a partir de la invitación a asociar libremente, que configura un diálogo asimétrico. Este nivel es constitutivo, trasfenoménico y estructural. No se trata aquí de una vivencia sino de una estructura. Por esto Lacan insiste en que no se debe confundir el *efecto constituyente* de la transferencia (estructura) con los *efectos constituidos* (fenómenos) que derivan de aquel. La estructura está más allá de los fenómenos y consiste en que el analista se coloca en el lugar del significante para el sujeto. En el plano fenomenológico, esta situación estructural puede originar diversos sentimientos (vivencias): el desprecio, la credulidad, la admiración, la desconfianza, etcétera.

Deseo reiterar, en este punto, porque me parece un concepto lacaniano de real valor, que al formular la teoría de la transferencia no hay que confundir la dimensión fenoménica con la estructural. La teoría del S.S.S. no se refiere a una vivencia del analizado sino a un supuesto que surge de la estructura misma de la situación. De aquí que, como vimos hace un momento, el fenómeno pueda ser exactamente el contrario, a saber, que el analizado piense que el analista no sabe, que puede ser engañado.

Esta diferencia entre lo estructural y lo fenomenal en el discurso analítico es, sin duda, un factor básico para comprender no sólo la nueva teoría de Lacan sobre la transferencia sino la teoría de la transferencia en general. Los fenómenos que Freud deslindó, descubrió y estudió en la transferencia, y que para Miller son la repetición, la resistencia y la sugestión, giran sobre el eje estructural y *trasfenoménico* del S.S.S. Por esto ya en su discurso de Roma de 1953, que es como el punto de partida de su investigación, Lacan distingue los efectos constituyentes de la transferencia de los consecuentes efectos constituidos; y al incorporar este trabajo a sus *Escritos* en 1966, en una nota al pie afirma que con la diferencia entre efectos constituyente y constituidos queda definido lo que luego habría de designar como el soporte de la transferencia, es decir, el S.S.S.

La teoría simbólica de la transferencia se apoya en lo que Lacan llamó, al comienzo de su investigación, el *pacto analítico* —la alianza analítica de Freud—. En su discurso de Roma Lacan habla, efectivamente, de que el paciente cree que su verdad está en nosotros, que nosotros la conocemos desde el momento en que él ha cerrado su pacto inicial con nosotros. Así se configuran para Lacan los efectos constituyentes de la transferencia con su índice de realidad (págs. 125-6).

El efecto constituyente de la transferencia, en cuanto depende de la estructura del discurso analítico, tiene una relación con lo real y lo simbólico y no está vinculado a la repetición, mientras que los efectos constituidos que se siguen de esa estructura son repetitivos. De esta forma, en su nivel simbólico, la transferencia queda desvinculada de la repetición, un punto en que insiste especialmente Oscar Masotta (1977), en su prólogo a *Los cuatro conceptos*.

Dice Lacan: «De hecho esa ilusión que nos empuja a buscar la realidad del sujeto más allá del muro del lenguaje es la misma por la cual el sujeto cree que su verdad está en nosotros ya dada, que nosotros la conocemos por adelantado, y es igualmente por eso por lo que está abierto a nuestra intervención objetivante.

»Sin duda no tiene que responder, por su parte, de ese error subjetivo que, confesado o no en su discurso, es inmanente al hecho de que entró en el análisis, y de que ha cerrado su pacto inicial. Y no puede descuidarse la subjetividad de este momento, tanto menos cuanto que encontramos en él la razón de lo que podríamos llamar los efectos constituyentes de la transferencia en cuanto que se distinguen por un índice de realidad de los efectos constituidos que les siguen» (1953b, págs. 125-6). Hay aquí el llamado al pie de página ya citado, donde Lacan acota que allí se encuentra definido lo que designó más tarde como el soporte de la transferencia, el sujeto supuesto saber.

Y dice en el párrafo siguiente, para hacer más claro el anterior, que Freud insistía en que dentro de los sentimientos aportados a la transferencia debe distinguirse un factor de realidad, «y sacaba en conclusión que sería abusar de la docilidad del sujeto querer persuadirlo en todos los casos de que esos sentimientos son una simple repetición transferencial de la neurosis» (*ibid.*, pág. 126).

Me parece que de esta forma, al introducir lo real en la transferencia, Lacan se acerca, aunque ciertamente por un camino bien distinto, al concepto de alianza terapéutica de los psicólogos del yo. En cuanto apoya en el pacto analítico que el paciente sella al aceptar la regla fundamental, la teoría simbólica de la transferencia corresponde al plano de la realidad, no al repetitivo. Cabe aquí preguntarse, sin embargo, si podemos todavía seguir llamándole a esto transferencia, si no es ya mejor llamarle lisa y llanamente alianza terapéutica o pacto psicoanalítico. En otras palabras, el efecto constituyente de la transferencia, en cuanto se distingue por su índice de realidad, pertenece al orden simbólico; pero ya no es más transferencia, al menos en la forma estricta que en su momento la hemos definido. Sólo los efectos constituidos a partir de allí merecen a mi juicio ese nombre.

5. Comentario final

En resumen, podríamos decir que el tema de la transferencia ocupa un lugar muy importante en el pensamiento de Lacan y, en su obra escrita cristaliza en dos momentos por lo menos, en dos teorías que unen la transferencia al orden de lo imaginario y al orden simbólico.

La *teoría imaginaria de la transferencia*, enunciada en 1951, la conceptúa como un proceso diádico, especular y narcisístico en que falta el tercero, el Otro que remite al código y redistribuye los papeles de la cupla madre-niño imponiendo la Ley del Padre. Si el analista no se coloca como el tercero que tiene que operar el corte (castración), ingresa a un campo imaginario en donde reverbera indefinidamente en la situación tú-yo. Esto es lo que le pasa a Freud con Dora: identificado con el Sr. K., Freud quiere ser querido por Dora en lugar de señalarle su vínculo homosexual con la Sra. K.

Muchos años después, en 1964, Lacan propone una serie de ideas que articulan la *teoría simbólica de la transferencia*. Según ella el discurso analítico es una estructura que queda definida al comenzar la relación, cuando el analista introduce la regla fundamental. Desde ese momento el analista ocupa un lugar determinado en la estructura recién formada, y es el lugar del S.S.S.

Es evidente que en cuanto le asigna al analista la posición de S.S.S., el analizado intenta establecer una relación imaginaria y narcisista: si el paciente afirma que el analista sabe lo que le pasa a él, al paciente, es porque analista y paciente son uno; pero si el analista no se deja colocar en esa posición y la denuncia como un mero supuesto del paciente, entonces se alcanza el nivel simbólico. De esta forma, como todos sabemos, la función del analista es quedar finalmente excluido de la vida y la mente del analizado.

12. Las formas de transferencia*

Neurosis de transferencia es un término bifronte que Freud introdujo en dos trabajos perdurables de 1914. En «Recordar, repetir y reelaborar» lo define como un concepto *técnico*, en cuanto señala una modalidad especial del desarrollo del tratamiento psicoanalítico, según la cual la enfermedad originaria se transforma en una nueva que se canaliza hacia el terapeuta y la terapia. En «Introducción del narcisismo», en cambio, neurosis de transferencia se contrapone a neurosis narcisística y es, por tanto, un concepto *psicopatológico* (o nosográfico).

1. Algunas precisiones sobre la neurosis de transferencia

Las dos valencias del término que acabo de señalar no se discriminan por lo general, entre otras razones porque el mismo Freud pensó siempre que las neurosis narcisísticas carecían de capacidad de transferencia y quedaban por tanto fuera de los alcances de su método.

Si procuramos ser precisos, sin embargo, lo que Freud afirma en «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g) es que, con el comienzo del tratamiento, la enfermedad sufre un viraje notable que la hace cristalizar en la cura. Dice Freud, en su hermoso ensayo: «Y caemos en la cuenta de que la condición de enfermo del analizado no puede cesar con el comienzo de su análisis, y que no debemos tratar su enfermedad como un episodio histórico, sino como un poder actual. Esta condición patológica va entrando pieza por pieza dentro del horizonte y del campo de acción de la cura, y mientras el enfermo lo vivencia como algo real-objetivo y actual, tenemos nosotros que realizar el trabajo terapéutico, que en buena parte consiste en la reconducción al pasado» (AE, 12, pág. 153).

Adelantando el mismo concepto, ya en 1905 había dicho en el epílogo de «Dora»: «En el curso de una cura psicoanalítica, la neoformación de síntoma se suspende (de manera regular, estamos autorizados a decir); pero la productividad de la neurosis no se ha extinguido en absoluto, sino que se afirma en la creación de un tipo particular de formaciones de pen-

* Trabajo presentado al XII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis de México el 21 de febrero de 1978. Publicado en versión ampliada en *Psicoanálisis*, vol. 2, nº 2, de donde se lo transcribe con modificaciones mínimas.

samiento, las más de las veces inconcientes, a las que puede darse el nombre de *trasferencias*» (AE, 7, pág. 101).¹

De estas citas se desprende claramente, a mi juicio, que Freud concibe la neurosis de transferencia como un efecto especial de la iniciación de la cura psicoanalítica en que cesa la producción de nuevos síntomas y surgen en su reemplazo otros nuevos que convergen hacia el analista y su entorno.

Quien mejor definió la neurosis de transferencia en su vertiente técnica fue, a mi juicio, Melanie Klein en el Simposio de 1927. Señala allí con vehemencia que, si se sigue el método freudiano de respetar el setting analítico y se responde al material del niño con interpretaciones, prescindiendo de toda medida pedagógica, la situación analítica se establece igual (o mejor) que en el adulto y la neurosis de transferencia, que constituye el ámbito natural de nuestro trabajo, se desarrolla plenamente. Por supuesto, en aquel momento Klein hablaba de neurosis de transferencia porque todavía no sabía que en los años siguientes, y en buena parte gracias a su propio esfuerzo, el fenómeno psicótico en particular y el narcisismo en general iban a incorporarse al campo operativo del método psicoanalítico.

Vale la pena transcribir aquí las afirmaciones rotundas de Melanie Klein: «En mi experiencia, aparece en los niños una plena neurosis de transferencia, de manera análoga a como surge en los adultos. Cuando analizo niños observo que sus síntomas cambian, que se acentúan o disminuyen de acuerdo con la situación analítica. Observo en ellos la abreacción de afectos en estrecha conexión con el progreso del trabajo y en relación a mí. Observo que surge angustia y que las reacciones del niño se resuelven en el terreno analítico. Padres que observan a sus hijos cuidadosamente, con frecuencia me han contado que se sorprendieron al ver reaparecer hábitos, etc., que habían desaparecido hacía mucho. No he encontrado que los niños expresen sus reacciones cuando están en su casa de la misma manera que cuando están conmigo: en su mayor parte reservan la descarga para la sesión analítica. Por supuesto, ocurre que a veces, cuando están emergiendo violentamente afectos muy poderosos, algo de la perturbación se hace llamativo para los que rodean al niño, pero esto es sólo temporario y tampoco puede ser evitado en el análisis de adultos» (*Obras completas*, vol. 2, págs. 148-9).²

¹ «It may be safely said that during psycho-analytic treatment the formation of new symptoms is invariably stopped. But the productive powers of the neurosis are by no means extinguished; they are occupied in the creation of a special class of mental structures, for the most part unconscious, to which the name of transferences may be given» (Standard Edition [SE] 7, pág. 116).

² «In my experience a full transference-neurosis does occur in children, in a manner analogous to that in which it arises with adults. When analysing children I observe that their symptoms change, are accentuated or lessened in accordance with the analytic situation. I observe in them the abreaction of affects in close connection with the progress of the work and in relation to myself. I observe that anxiety arises and that the children's reactions work themselves out on this analytic ground. Parents who watch their children carefully have often told me that they have been surprised to see habits, etc. which had long disappeared, come back again. I have not found that children work off their reactions when they are at home as well as when with me; for the most part they are reserved for abreaction

Así pues, los síntomas cambian (disminuyen o aumentan) en relación con la situación analítica, los afectos y en especial la ansiedad se dirigen al analista, recrudecen viejos síntomas y hábitos, las reacciones afectivas tienden a canalizarse en el análisis (y no afuera). La neurosis de transferencia, en fin, se define como el reconocimiento de la presencia del analista y del efecto del análisis.

Si se me permite ofrecer una concisa definición de la neurosis de transferencia en su sentido técnico diría que es el correlato psicopatológico de la situación analítica. Quiero decir que la situación analítica se establece cuando aparece la neurosis de transferencia; y, viceversa, cuando la neurosis de transferencia se demarca de la alianza terapéutica queda constituida la situación analítica.

2. Neurosis de transferencia y parte sana del yo

Con esto llegamos a otro punto de nuestra reflexión. A veces se sostiene que para que se constituya la situación analítica (y se ponga en marcha el proceso) es necesario que exista básicamente, como hecho primario, el fenómeno neurótico, pantalla en la cual se pueden insertar eventualmente situaciones psicóticas, perversas, farmacotímicas, psicopáticas, etcétera. La neurosis de transferencia no puede estar ausente; si existiera una psicosis pura, no podría haber análisis: debe existir una neurosis que de alguna manera la contenga.

En «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), Freud señaló que la fase de apertura del análisis se caracteriza porque el paciente establece un vínculo con el médico. Y es un gran mérito de los psicólogos del yo haber desarrollado una teoría coherente y sistemática de la indispensable presencia de una parte sana del yo para que pueda desarrollarse el proceso analítico. Esta línea de investigación, que parte de Freud, de Sterba (1934) y de Fenichel (1941), pasa por Elizabeth R. Zetzel (1956a), Leo Stone (1961), Maxwell Gitelson (1962) y Ralph R. Greenson (1965a), para no citar más que a los principales. Estos autores piensan que es inherente a la neurosis como entidad clínica la presencia de una parte sana del yo, que muchos homologan al área libre de conflicto de Hartmann (1939), en la que asienta la *alianza terapéutica* (Zetzel) o *de trabajo* (Greenson). Con otro enfoque teórico, Salomón Resnik (1969) prefiere hablar de *transferencia infantil*, que expresa la capacidad de relación del paciente en un nivel lúdico. El niño que habita en el adulto —dice Resnik— es fuente esencial de comunicación de todo ser humano (1977, pág. 167).

Hay, empero, dos criterios de analizabilidad: 1) sólo es analizable la

in the analytic hour. Of course it does happen that at times, when very powerful affects are violently emerging, something of the disturbance becomes noticeable to those with whom the children are associated, but this is only temporary and it cannot be avoided in the analysis of adults either» (Writings, 1975, vol. 1 pág. 152).

persona que desarrolla una neurosis de transferencia (en sentido estricto), y 2) es analizable toda persona con un núcleo sano del yo que le permita configurar una alianza terapéutica. Son dos cosas distintas: que en el neurótico sea más fuerte y más nítida la parte sana del yo no implica que en los demás no exista. No debemos, pues, confundir neurosis de transferencia con parte sana del yo.

Es esta otra razón para explicar por qué se ha puesto tanto énfasis en la neurosis de transferencia y por qué no se ha corregido este concepto a la luz de los hechos.

3. Narcisismo y transferencia

Que las neurosis narcisísticas de Freud (1914) sean o no capaces de transferencia es un problema de la base empírica, no de definición como en cierto modo lo plantean algunos psicólogos del yo, por ejemplo Samuel A. Guttman en el *Simposio sobre indicaciones* del Congreso de Copenhague de 1967.

Si contemplamos retrospectivamente los largos y fecundos años de trabajo que nos separan de 1914, la conclusión de que las llamadas neurosis narcisísticas presentan indudables fenómenos de transferencia se impone con vigor a nuestro espíritu.

No es del caso seguir aquí el laborioso desarrollo de todas estas investigaciones. Baste decir que, afluyendo desde distintos campos, confluyen, primero, en afirmar la existencia de fenómenos de transferencia en la psicosis, para visualizar más tarde la forma peculiar de la «neurosis» de transferencia en los perversos, los psicópatas y los adictos, etcétera. En todos estos casos, lo que muestra invariablemente la clínica psicoanalítica es una verdad de perogrullo: que la «neurosis» de transferencia de un psicópata es psicopática, de un perverso, perversa, y así sucesivamente. Por esto el título de este capítulo alude a las *formas* de transferencia.

Para ser más preciso, debería decir que el gran conflicto teórico se planteó siempre con la psicosis, ya que las otras entidades clínicas, es decir, la psicopatía, la farmacotimia y la perversión se consideraron siempre, en la práctica, formas de neurosis.³

Joseph Sandler *et al.* (1973) hablan de «formas especiales» de transferencia para referirse a las variedades que no encajan en la *norma*, esto es, en la neurosis de transferencia; y se inclinan a pensar que el fenómeno psicótico da colorido a la transferencia pero no la conforma. Sin embargo, sólo si tomamos a la neurosis de transferencia como norma hay tipos especiales.

Dije que fue en el campo de la psicosis donde pudo estudiarse por primera vez la transferencia narcisística.⁴ Digamos también que este des-

³ Hoy, en cambio, hay una tendencia cada vez más franca a aproximarlas a la psicosis.

⁴ Deberíamos señalar que el hermoso ensayo de Freud sobre Leonardo inaugura el estudio de la relación narcisista de objeto en 1910, y lo hace en el terreno de la perversión.

cubrimiento no se impuso de golpe. Aparte de los avanzados aportes de Jung a la psicología de la demencia precoz de comienzos de siglo y de los trabajos de los años cuarenta de Harry Stack Sullivan y sus continuadores, como Frieda Fromm-Reichmann, tuvo que pasar mucho tiempo para que Rosenfeld (1952a y b) y Searles (1963) hablaran abiertamente de psicosis de transferencia. Antes, sin embargo, en 1928, Ruth Mack-Brunswick utilizó con propiedad el término y expuso claramente su forma de enfrentar y resolver la psicosis de transferencia con su instrumental analítico. En su ensayo sobre las indicaciones del psicoanálisis, Leo Stone (1954) introduce también, concretamente, el término. Más recientemente, Paineira (1979) señala el paso inevitable por la psicosis de transferencia en el análisis de los pacientes esquizoides.

También merece destacarse en este punto la investigación larga y profunda de Kohut sobre el narcisismo. En general, dice Kohut (1971), siempre se ha asumido que la existencia de relaciones de objeto excluye el narcisismo; pero la verdad es que muchas de las experiencias narcisísticas más intensas se refieren a objetos (pág. XIV). Como es sabido, este autor distingue dos tipos de transferencia narcisística, la *transferencia idealizada* y la *transferencia especular*, frente a las cuales la estrategia del analista debe ser abrir al paciente el camino hacia su narcisismo infantil, a las necesidades insatisfechas de su infancia, gracias al desarrollo de una plena *transferencia narcisística*. Si bien Kohut recurre en cierta medida al mismo modelo que Lacan, el espejo, la actitud técnica es bien diferente. Allí donde Lacan⁵ interviene como el Otro que rompe la fascinación especular del tú y el yo, Kohut abre el camino para que el paciente regrese y repare los daños que su self sufrió en el proceso de desarrollo.

Si se repasan los trabajos recién citados y otros de los mismos autores, así como los no menos pioneros de Hanna Segal (1950, 1954, 1956) y Bion (1954, 1956, 1957), se ve uno llevado a concluir que el fenómeno psicótico aparece alimentado por la transferencia y radicalmente vinculado a ella; y no (como más bien piensa Sandler) que la psicosis sólo imprime su colorido a la transferencia.

Dejando de lado la influencia que la opinión de Freud tuvo en todos los investigadores, si se tardó tanto en comprender (o en ver) los fenómenos transferenciales de la psicosis es porque responden a un modelo distinto, extremo y, aunque parezca paradójico, mucho más inmediato y visible. No es que la transferencia no exista, como creyeron Abraham (1908) o Freud (1911c, 1914c): al contrario, es tan abrumadora que nos arredra y nos envuelve por completo. Me acuerdo de un ejemplo de Frieda Fromm-Reichmann en aquel hermoso trabajo de 1939, «*Transference problems in schizophrenics*». Al término de una sesión prolongada en que empieza a ceder un cuadro de estupor, le ofrece a su paciente catatónico un vaso de leche, que él acepta; lo va a buscar y, cuando vuelve, el paciente se lo tira a la cara. Es de suponer que el paciente no pudo tolerar el fin de la sesión, el alejamiento de la analista (pecho). Tan extrema

⁵ «Intervention sur le transfert» (1951).

dependencia es difícil de comprender como fenómeno trasfereencial y no simplemente psicótico. Hasta una analista tan fina y sagaz como Fromm-Reichmann no captó lo que pasaba, el pedido de que lo alimentara, de que no se alejara. (¡En realidad, ella podría tal vez haberle dado esta interpretación u otra similar, que era la leche que él buscaba!)

Del ejemplo que acabo de recordar se sigue una consecuencia general: si uno entiende estas formas no como especiales sino como la norma de la transferencia misma, puede responder más adecuadamente y dar con la interpretación correcta. En el caso de Fromm-Reichmann, el impacto de la angustia de separación sobre la contratransferencia impulsó a una analista muy experimentada a un tipo de realización simbólica, el vaso de leche, que el analizado, más riguroso que cualquier profesor de técnica psicoanalítica, rechazó airadamente.

Un acercamiento a los fenómenos según esta propuesta nos pone más a cubierto, creo yo, de la actuación contratransfereencial.

En una paciente homosexual a la cual me referí en otros trabajos (1970, 1977, 1978), hubo una larga época en la que la situación analítica tenía un sesgo perverso, sadomasoquista. Con el tono airado, provocativo y polémico propio de la perversión,⁶ ella se quejaba de que yo la atacaba con mis interpretaciones y yo se lo interpretaba en el marco de la transferencia negativa con más rigor y severidad de lo conveniente; y así (como pudo comprobarse después) satisfacía su masoquismo. Había, pues, una relación que no se podría conceptualizar sino como perversa de la transferencia y la contratransferencia, y tardé en darme cuenta de lo que pasaba; sólo entonces pude salir de la perversión (sadismo contratransfereencial), que movilizaba en ese momento la paciente.

De acuerdo con este ejemplo, me inclino a pensar que tampoco debemos concebir la neurosis de contratransferencia (Racker, 1948) como la norma. En cada caso, la respuesta del analista tendrá el signo de la transferencia, un punto al que volveré en su momento.

Un aporte fundamental al tema que estamos estudiando son los trabajos de Bion sobre las características de la transferencia psicótica (o de la parte psicótica de la personalidad): lábil, intensa, precoz y tenaz: si uno tiene en cuenta estas condiciones, puede captar el fenómeno con rapidez y colocarse en el centro de la transferencia. Lo que desorienta en el psicótico es, repitámoslo, que los fenómenos de transferencia sean tan intensos, tan prematuros, tan rápidos. Recuerden ustedes aquella paciente de Freud de la dromomanía que se le fugó en una semana, según nos dice en «Recordar, repetir y reelaborar». Escuchemos a Freud una vez más: «Puedo mencionar, como ejemplo extremo, el caso de una dama anciana que repetidas veces, en un estado crepuscular, había abandonado su casa y a su marido, y huido a alguna parte, sin que nunca le deviniera consciente un motivo para esta "evasión". Inició tratamiento conmigo en una transferencia tierna bien definida, la acrecentó de una manera ominosa-

⁶ Los trabajos de Betty Joseph (1971), Clavreul (1966) y los míos recién citados muestran que esta es una característica de la perversión de transferencia.

mente rápida en los primeros días, y al cabo de una semana también se “evadió” de mí, antes que yo hubiera tenido tiempo de decirle algo capaz de impedirle esa repetición» (AE, 12, pág. 155).⁷

De esta forma, si se cambia el marco conceptual, se tiene una doble ventaja. Por un lado, no se obliga a los pacientes a desarrollar una neurosis de transferencia, no se los mete en ese lecho de Procusto (el diván de Procusto, diría yo); y, por otro, puede percibirse más fácilmente lo esencial. Porque, verdaderamente, en una perversión, por ejemplo, los fenómenos neuróticos de transferencia son siempre adjetivos, casi una forma de desviar nuestra atención.

Esta apertura nos lleva, inevitablemente, a rever los modos de interpretar. El contenido, la forma y la oportunidad (timing) de interpretar cambian según el tipo de transferencia, porque la interpretación tiene mucho que ver con las ansiedades que fijan el punto de urgencia. Dice Benito López (1972) que la formulación de la interpretación exige al analista en ciertos casos (neurosis de carácter) una acertada correlación entre «el significante verbal con los aspectos paraverbal y no-verbal de la comunicación del paciente» (pág. 197); y agrega que las maneras de interpretar varían desde los cuadros neuróticos (donde hay un mínimo de participación contratransferencial) hasta la psicosis, pasando por los trastornos del carácter.

Mientras que la organización neurótica permite mantener las interpretaciones al nivel de nuestro modelo habitual de comunicación, las estructuras perversa, psicopática y de adicción, y más aún la psicótica, hacen necesario un modelo distinto, una manera de decir que nos separa cada vez más de lo habitual. Tocamos aquí el atrayente campo de los estilos interpretativos, abierto por la investigación de David Liberman (1970-72, 1976a).

4. Sobre la neurosis de contratransferencia

Espero que el desarrollo de este capítulo haya dejado en claro que se propone una redefinición de la neurosis de transferencia para hacer este concepto más preciso y más acorde con los hechos clínicos. Si esto es así, se comprende sin más que el fecundo concepto de *neurosis de contratransferencia* de Racker (1948, 1953) debe redefinirse paralelamente.

Se puede considerar que el correlato de la transferencia del paciente es siempre una *neurosis* de contratransferencia o bien que la contratransferen-

⁷ Digamos, de paso, que este prístino ejemplo muestra concluyentemente en qué consiste la neurosis de transferencia para Freud: en que cesa la producción de nuevos síntomas (la enferma ya no se fuga de la casa) y aparece un nuevo orden de fenómenos referidos al analista y su setting, por lo que la paciente abandona a Freud. A mayor abundamiento puede apreciarse aquí que Freud no trepida en poner de paradigma de la «neurosis» de transferencia un síntoma psicótico, que por lo demás cumple con las particularidades definitorias de Bion.

cia asume un carácter psicótico, adictivo, perverso o psicopático, complementario al de la transferencia. Por razones teóricas y especialmente por lo que me enseña la experiencia clínica apoyo la segunda alternativa —y supongo que Racker también lo haría—. Pienso, pues, que es natural que la respuesta del analista tenga el mismo signo que la transferencia del analizado.

En el ejemplo de páginas anteriores se configuró una perversión de contratransferencia que se prolongó un tiempo y sólo pudo ser resuelta cuando acepté interiormente su realidad psicológica y pude consecutivamente interpretar.

Creo que esto es inevitable para llegar a captar plenamente la situación: el analista tiene que quedar incluido en el conflicto; y tiene, por supuesto, que rescatarse con la interpretación. Lo que a mí me llevó un tiempo por cierto muy largo, podría haberlo hecho en un minuto si la primera vez que se dio ese juego de airada provocación y polémica latente hubiera advertido mi desagrado y un impulso hostil.

Para estudiar más a fondo este delicado tema se puede recurrir a los conceptos de posición y ocurrencia contratransferencial de Racker (1953).⁸ Si bien la posición contratransferencial implica un mayor compromiso del analista, posición y ocurrencia no deben entenderse como fenómenos distintos en su esencia. Cuanto más fluida sea la respuesta contratransferencial más fácil será naturalmente para el analista comprenderla y superarla.

También resulta operante para explicar este tipo de relación el concepto de contraidentificación proyectiva de Grinberg (1956, 1963, 1976a). Con este soporte teórico tenemos que concluir que el paciente pone en el analista una parte suya, que será presumiblemente perversa en el perverso o psicopática en el psicópata, etcétera; y que el analista se hace cargo de esa proyección inevitablemente, pasivamente.

Otto Kernberg (1965) señala con razón que la reacción contratransferencial se da como un continuo en relación con la psicopatología del paciente y va así desde el polo neurótico del conflicto al psicótico, de modo que cuanto más regresivo sea el paciente mayor será su contribución en la reacción contratransferencial del analista. Y agrega que en los pacientes fronterizos y en general en los muy regresivos, el analista tiende a experimentar emociones intensas que tienen más que ver con la transferencia violenta y caótica del paciente que con los problemas específicos de su pasado personal.

El fetichista de Betty Joseph (1971) también provocaba fenómenos contratransferenciales en su eximia analista. La perversión de transferencia consistía básicamente en colocar en los otros la excitación y él quedar como un fetiche inerte. Dice Joseph en su trabajo que tenía que prestar mucha atención al tono de su voz y a su compostura como analista, porque era muy fuerte la presión que ejercía el paciente para que ella se excitara interpretando. Nuevamente, está aquí claro el momento de pervers-

⁸ Estudio VI, parág. IV.

sión contratrasferencial y la forma en que, con su maestría habitual, Betty Joseph lo resuelve. La forma en que ella lo conceptúa, sin embargo, podría ser más precisa si tuviera presente el concepto de perversión de contratrasferencia. El cuidado de Miss Joseph por no mostrarse excitada, en realidad ya anuncia en la contratrasferencia la interpretación que ella misma hará poco después, que él pone la excitación en ella y que la siente excitada. Dicha interpretación surge, evidentemente, de un momento de excitación (perversa) que el analista siente y transforma en una interpretación. Creo que siempre es lógico y prudente cuidarse de no incurrir en error, pero deseo destacar en este punto que ese cuidado ya advierte al analista sobre el conflicto que debe interpretar. Si el analista cede simplemente a ese cuidado incurre sin quererlo en la perversión vía desmentida (*Verleugnung*): siente y reniega (o desmiente) a la vez la excitación, mecanismo típicamente perverso. En cambio, cuando se interpreta, como lo hace prestamente y con agudeza Joseph, se sale de la perversión y ya no se necesita en realidad cuidarse de nada.

En un trabajo reciente, presentado en las Terceras Jornadas Transandinas de Psicoanálisis (octubre de 1982) Rapela sostiene, al contrario, que el fenómeno contratrasferencial no depende tanto de la forma de la transferencia sino de la disposición del analista. Se inclina a pensar que la propuesta que yo hago debería limitarse a los casos en que el compromiso contratrasferencial es muy notorio y persistente.

5. El amor de transferencia

El famoso amor de transferencia, el de alto linaje en la tradición psicoanalítica, puede servir para poner a prueba las ideas de este capítulo. Por amor de transferencia entendemos muchas cosas. En todo análisis, por de pronto, tienen que existir momentos de amor, de enamoramiento, por cuanto la cura reproduce las relaciones de objeto de la triada edípica, y es por tanto inevitable (y saludable) que así ocurra. Guiard lo ha mostrado claramente en una serie de importantes trabajos (1974, 1976) y, más recientemente, también Juan Carlos Suárez (1977). Este autor piensa que, en el caso que presenta, la fuerte y persistente contratrasferencia erótica que sobrevino hacia el final del tratamiento fue un factor no sólo útil sino también necesario en el proceso que culminó en la feminidad de su paciente.

Sin embargo, el amor de transferencia que más preocupa a Freud en su ensayo de 1915, por su tenacidad irreductible, por la forma súbita en que aparece, por su intención destructiva, por la intolerancia a la frustración que lo acompaña, parece más ligado a un tipo psicótico que neurótico de transferencia. Los rasgos clínicos que Freud señaló en 1915 casi se superponen a los que Bion habrá de describir mucho después. Así, por ejemplo, en «Development of schizophrenic thought» dice Bion (1946) que la relación de objeto de la personalidad psicótica es precipitada y

prematura y la labilidad de la transferencia muestra un marcado contraste con la tenacidad con que se la mantiene. «La relación con el analista es prematura, precipitada e intensamente dependiente» (*Second thoughts*, 1967b, pág. 37).

Debemos pensar, pues, que hay varias formas de amor de transferencia, y polarmente dos: neurótico y psicótico. Para discriminarlos, se habla a veces de transferencia erótica y transferencia erotizada. Esta diferenciación se debe a Lionel Blitzsten, que nunca la publicó; pero sus ideas fueron recogidas por otros analistas de Chicago, como Gitelson y Rappaport.

Ernest A. Rappaport presentó un trabajo importante en el Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis realizado en Buenos Aires en agosto de 1956.⁹ Su comunicación desarrolla las ideas de Blitzsten acerca de las causas y las consecuencias de la transferencia erotizada y sobre cómo detectarla a partir del primer sueño del análisis.

La tesis básica de Blitzsten es que si el analista aparece en persona en el primer sueño, el analizado va a erotizar violentamente el lazo transferencial y su análisis será difícil cuando no imposible. Esa presencia en el primer sueño indica que el analizado es incapaz de discriminar al analista de una figura significativa de su pasado o bien que el analista por su apariencia y conducta realmente se parece a dicha figura. En estas circunstancias, el análisis se va a erotizar desde el comienzo. Entiende por erotización una sobrecarga de los componentes eróticos de la transferencia, que para nada significa gran capacidad de amor sino, al contrario, una deficiencia libidinal que se acompaña de una gran necesidad de ser amado.

Blitzsten dice, según la cita de Rappaport: «En una situación transferencial el analista es visto *como si* fuera el padre (o la madre) mientras que en la erotización de la transferencia *es* el padre (o la madre)» (1956, pág. 240).

Blitzsten concluye que, en estos casos, cuando el analista aparece en persona en el primer sueño del analizado, la situación debe ser elaborada inmediatamente o debe derivarse al paciente a otro analista.

Si bien no apoyaría a Blitzsten totalmente en estos recaudos técnicos, las ideas de este capítulo coinciden en principio con las de él, en cuanto separa la transferencia erótica como fenómeno neurótico del fenómeno psicótico de la transferencia erotizada. Es un hecho clínico siempre comprobable que, en un análisis que evoluciona normalmente (y aquí tomo por norma la neurosis), la transferencia erótica se va armando y desarmando en forma gradual y tiende a alcanzar su clímax, como dice Guiard (1976), en la etapa final. En los cuadros que estudiara Blitzsten, en cambio, el amor de transferencia o, como él decía, la transferencia erotizada, aparece de entrada.

En un trabajo ya clásico sobre la posición emocional del analista, Maxwell Gitelson (1952) también había seguido las ideas de Blitzsten,

⁹ En ese mismo año, el trabajo fue publicado en la *Revista de Psicoanálisis* mientras que, luego de tres años, apareció en el *International Journal of Psycho-Analysis*.

aunque su ensayo plantea problemas más amplios, que hacen a la teoría de la transferencia y contratransferencia en general.

Gitelson afirma que cuando en el primer sueño del analizado aparece el analista en persona hay que suponer una grave perturbación; y, siguiendo a Blitzsten, sostiene que dicha perturbación puede provenir del paciente, por su escasa capacidad de simbolización, o del analista, que habría cometido un error técnico de magnitud, o bien que podría exhibir, por alguna cualidad especial, un real parecido con el padre o la madre del paciente.

De las tres alternativas que plantea Blitzsten, la primera, la grave perturbación del paciente, cuestiona la indicación en términos de analizabilidad;¹⁰ la segunda, la falla del analista, a este lo cuestiona: habría que aconsejar un cambio de analista y, eventualmente, el reanálisis del analista, a no ser que fuera una falla casual; la tercera no me parece demasiado significativa. No sé si basta un notorio parecido del analista con los progenitores para que se condicione este tipo de respuesta. En todo caso, si lo condiciona, no creo que alcance a sentar una contraindicación de esa especial pareja analítica. La contraindicación y con ella el cambio de analista sólo surge, a mi juicio, si el analista comete un error y/o se deja envolver tan gravemente como para que aparezcan estos elementos en el primer sueño. (Vuelve aquí un tema muy interesante, la pareja analítica, que no es el caso discutir ahora.) Si tomamos un ejemplo clínico de Rappaport, veremos que lo que descalifica al analista no es que se parezca a la madre de su paciente sino que sea, como ella, desordenado, desorganizado y sin ningún insight sobre cómo pueden estas condiciones perturbar a los demás. (Me refiero al candidato que presenta un caso a un ateneo, donde aparece él en el primer sueño del paciente. Cuando contó el sueño con sus apuntes desparramados por la mesa y algunos en el suelo, era obvio para todos menos para él que su paciente lo indenticaba con su desordenada madre.)

La observación de Blitzsten es interesante; y creo que la aparición del analista en persona en los sueños implica siempre, en cualquier momento del análisis y no sólo al comienzo, que hay un *hecho real* en juego, sea una actuación contratransferencial, pequeña o grande, o simplemente una acción real y racional, como por ejemplo una información sobre los aspectos formales de la relación (cambio de horarios o de honorarios, por ejemplo). En todos estos casos es probable que el analista aparezca como tal. Estos sueños implican que el paciente tiene un problema con el analista *real*, y no como la figura simbólica de la transferencia. Este tipo de sueño, pues, debe advertirnos siempre de alguna participación nuestra real, que el paciente nos alude personalmente.¹¹

¹⁰ Es evidente que en estos casos falla, por definición, la exigencia de Elizabeth R. Zetzel (1956, 1968), esto es, que el futuro analizado sea capaz de separar realidad de fantasía o, lo que es lo mismo, delimitar el área de la neurosis de transferencia de la alianza terapéutica.

¹¹ Siguiendo esta tesis, Manuel Gálvez, Silvia Neborak de Dimant y Sara Zac de Fille presentaron al II Simposio de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (1979) una cuidadosa investigación, donde clasifican a los sueños con el analista en dos grandes grupos, según la capacidad de simbolizar del paciente. Si el paciente tiene un déficit en la sim-

En un trabajo clínico muy documentado Bleichmar (1981) pudo seguir la evolución del amor de transferencia en una mujer adulta joven y ver cómo fue evolucionando desde los niveles pregenitales, donde lo decisivo era la relación con objetos parciales y con la figura combinada, hasta las fantasías edípicas genitales, donde los padres aparecen ya discriminados y la analizada se muestra dispuesta a enfrentar sus conflictos preservando el tratamiento. No hay contradicción entre los dos niveles —concluye Bleichmar— y la tarea principal del analista consiste en discriminarlos y elaborar a cada instante una estrategia precisa para decidir cuál nivel debe abordarse.

6. Formas clínicas de la transferencia erotizada

Dentro del amor de transferencia psicótico o, para seguir a Blitzsten, dentro de la transferencia erotizada es evidente que podemos destacar varias formas. La más típica es la que expuse antes, la que la mano maestra de Freud describió como tenaz, inusitada e irreductible, sintónica con el yo y que no acepta subrogado alguno, características en las que llegó a ver Bion años después la marca del fenómeno psicótico. Son casos en que, como dice Freud, por lo general el enamoramiento es sintónico y aparece precozmente. Podríamos agregar en este punto que cuanto más precozmente haga su aparición, peor el pronóstico.

Otros casos entran en lo que Racker (1952) llamó con acierto *ninfomanía de transferencia*. Hay mujeres que quieren seducir sexualmente al analista como a cualquier hombre que conocen: estos casos son formas larvadas o visibles de ninfomanía, y hay que entenderlos como tales.

La ninfomanía es un cuadro difícil de delimitar, y su ubicación taxonómica varía con los acentos que tenga y hasta con la perspectiva con que uno la mire. A veces, la ninfomanía está alimentada por un *delirio erótico (erotomanía)*, una forma de la paranoia de Kraepelin al mismo título que el delirio persecutorio o el delirio celotípico; otras veces puede ser la expresión sintomática de un *síndrome mantaco*; otras, por fin, cuando la perturbación es más visible a nivel de la conducta sexual que en la esfera del pensamiento, la ninfomanía se presenta como una *perversión* con respecto al objeto sexual, si queremos remitirnos a la clasificación del *primer ensayo* de 1905. Hay, también, una ninfomanía que tiene todas las características de la *psicopatía*, en cuanto la estrategia fundamental de la paciente es la inoculación en el analista para llevarlo a actuar (Zac, 1968).

Puede haber, pues, formas psicóticas (delirantes y maníacas), formas

bolización, la aparición de sueños con el analista, en cuanto denuncia ese déficit, implica también un pronóstico reservado. En los pacientes donde no falla la simbolización, los autores confirman y precisan la tesis inicial, en cuanto distinguen cuatro eventualidades: a) modificación y/o alteración del encuadre; b) compromiso contratransferencial importante; c) informaciones sobre la persona del analista, y d) momentos de dificultades graves que causan un anhelo de encuentro con el analista.

perversas y formas psicopáticas del vínculo trasfereencial dentro del llamado amor de transferencia. Tuve ocasión de ver en mi práctica hace años un cuadro muy singular que ahora me animaría a clasificar, retrospectivamente, como un amor de transferencia con todos los caracteres estructurales de la *toxicomanía*, de la *adicción*. Era una paciente ya entrada en años, distinguida, espiritual y culta, que nunca había sabido quién fue su padre. Consultó por un cuadro de distimia crónica, intensa y rebelde a los psicofármacos. A poco de iniciar el análisis desarrolló un intensísimo amor de transferencia, según el cual me necesitaba como a un bálsamo o un calmante, del que no podía estar separada más de un cierto tiempo. El vínculo fuertemente erotizado e idealizado con el pene del padre como fuente de todo bienestar y sosiego (al par que de todo sufrimiento) asumía, a través de la persistente fantasía de *fellatio*, todos los caracteres del ligamen del adicto con su droga. A pesar de mis esfuerzos y de la buena disposición (conciente) de la enferma, el tratamiento terminó en fracaso.

Otras veces, cuando la situación no es tan manifiesta, este tipo adictivo de amor de transferencia lleva al *impasse* y al análisis interminable, recubierto a veces de un deseo manifiesto de analizarse «todo el tiempo que sea necesario».

En un trabajo interesante, Elsa H. Garzoli (1981) advierte sobre el peligro de adicción del analista frente a los sueños que le suministra el paciente. En el caso que presenta, la analizada (que exhibía claros síntomas de adicción a la leche, el café y la aspirina, así como también al alcohol y a las anfetaminas), le ofrecía con un tono de voz agradable y vivaz sueños de veras fascinantes, a veces de tonalidad terrorífica y frecuentemente coloreados, sobre todo en rojo y azul. La analista empezó a notar que, con estos sueños, la analizada había establecido un ritmo estereotipado en las sesiones, al que ella misma no era ajena en cuanto se dejaba llevar más por lo atractivo de los sueños que por el proceso —que, por lo demás, se había detenido—. Como advierte sagazmente la autora, por nuestra dependencia real del sueño como innegable material privilegiado, vía regia al inconciente, la asechanza de caer allí en una actitud de adicción es muy grande.¹²

En resumen, el amor de transferencia es una fuente inagotable de conocimientos por su complejidad y la sutileza de los mecanismos que lo animan, al par que una dura prueba para el analista, su habilidad y su técnica. Algunos de los enigmas que sorprendían a Freud están ahora resueltos, o al menos más claros. A esto apuntaba Racker (1952) cuando, comentando el bello trabajo de 1915, decía que esa gran necesidad de amor que Freud asignaba a estas enfermas, *hijas de la naturaleza que le planteaban el interrogante de cómo podían coexistir el amor y la enfermedad*, es más aparente que real: son, al contrario, mujeres que tienen muy poca capacidad de amar (lo mismo decía Blitzsten), y que es a través del

¹² Para un enfoque psicoanalítico moderno e integral de la adicción, véase el libro de Susana Dupetit (1982).

instinto de muerte (o de la envidia) que elaboraban todo este sistema de voracidad, insaciabilidad, exigencias concretas, labilidad, etcétera, que lleva muchas veces el análisis a su punto de ruptura.

Vemos así cómo, dentro de la nomenclatura general de amor de transferencia (o de erotización del vínculo trasfereencial), se agrupan cuadros muy disímiles.

13. Psicosis de transferencia

En el capítulo anterior discutimos el concepto de neurosis de transferencia y sostuvimos que es mejor reservarlo para los fenómenos de naturaleza estrictamente neurótica que aparecen en el tratamiento psicoanalítico y no para todos los síntomas que, de una u otra manera, adquieren una nueva expresión en la terapia. Esta propuesta tiende a diferenciar la técnica de la psicopatología, con lo que a mi juicio se evita más de un equívoco.

Nos toca ahora estudiar la *psicosis de transferencia*, esto es cómo se reconvierten los síntomas psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico para lograr allí su modo de expresión.

1. Algunas referencias históricas

Cuando estudiamos la forma en que se fue desarrollando el concepto de transferencia, señalamos el empeño de Abraham (1908) para establecer las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz. La libido permanece ligada a los objetos en la histeria, mientras se hace autoerótica en la demencia precoz. Incapaz de «transferencia» esta libido condiciona y explica la inaccesibilidad del enfermo, su radical separación del mundo. Siguiendo el mismo esquema, un año después Ferenczi propuso una división tripartita de los pacientes que va desde el demente precoz que retira su libido del mundo externo (de objetos), pasa por el paranoico que proyecta la libido en el objeto y llega finalmente al neurótico que introyecta el mundo de objetos. Estos trabajos van a ser reformulados por Freud cuando en 1914 introduce el concepto de narcisismo y propone las dos categorías taxonómicas de neurosis de transferencia y neurosis narcisísticas.

Si bien esta línea de investigación sostenía que la psicosis carecía de la capacidad de transferencia, otros autores pensaron que estos fenómenos existían, y entre ellos uno de los primeros fue Nunberg (1920), citado por Rosenfeld (1952b), que presentó sus observaciones de un paciente catatónico, donde las experiencias de la enfermedad tenían un nítido colorido transferencial.

Hasta donde yo sé, la primera vez que aparece la expresión *psicosis de transferencia* es en el «Análisis de un caso de paranoia» que Ruth Mack-

Brunswick publicó en 1928 y que vamos a comentar al hablar de la transferencia temprana en el capítulo 15.¹

A partir de la década del treinta el estudio de la psicosis y de la posibilidad de su tratamiento psicoanalítico se desarrolla simultáneamente en Londres (Melanie Klein), Estados Unidos (Sullivan) y Viena (Federn). Estos pensadores no sólo emprendieron el estudio de la psicosis sino que sostuvieron también que la psicosis se acompaña de fenómenos de transferencia, por difícil que sea detectarlos. En el capítulo anterior estudiamos los aportes de Frieda Fromm-Reichmann y de los discípulos de Melanie Klein para arribar al concepto de psicosis de transferencia, que logra ocupar un lugar propio en el cuerpo teórico del psicoanálisis a mediados del siglo, y ahora veremos con más detalle los aportes de diversos autores.

Un trabajo que merece citarse entre los precursores es el de Enrique J. Pichon Rivière, «Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos», que presentó en la XIV Conferencia de Psicoanalistas de Lengua Francesa, reunido en noviembre de 1951.² Con un lúcido aprovechamiento de las ideas kleinianas, Pichon Rivière sostiene que la transferencia en los pacientes psicóticos, y en especial en el esquizofrénico, debe entenderse a la luz del mecanismo de la identificación proyectiva. El esquizofrénico se aleja del mundo en un repliegue defensivo de extrema intensidad, pero la relación de objeto se conserva, y sobre esa base debe ser entendida e interpretada la transferencia. La tendencia a tomar contacto con los otros es intensa, pese al aislamiento defensivo; y, por esto, la transferencia debe ser interpretada, lo mismo que la angustia que determina el alejamiento del mundo de objetos.

2. Las teorías de la psicosis y el abordaje técnico

Todos los autores coinciden en que la psicosis tiene que ver con los estadios pregenitales del desarrollo y con los primeros años de la vida; pero divergen en las explicaciones teóricas y el abordaje práctico.

A riesgo de simplificar excesivamente los problemas propondré que hay dos grandes teorías y dos formas de conducirse en la práctica. En cuanto a las teorías, están los que piensan como Melanie Klein que la relación de objeto se establece de entrada y que sin ella no hay vida mental y los que postulan, como Searles, Mahler y Winnicott que el desarrollo parte de un momento en que sujeto y objeto no están diferenciados y existe, por lo tanto, una etapa de narcisismo primario. En los años veinte esta discusión se daba geográficamente entre Viena y Londres, que es también decir entre Anna Freud y Melanie Klein; pero en la actualidad las posiciones no son tan definidas y hay algunas formas de tránsito.

¹ No hay que olvidarse que en ese mismo año la autora publicó también el análisis del brote psicótico del «Hombre de los Lobos» que le había confiado Freud.

² Se publicó en la *Revista de Psicoanálisis* diez años después.

De estos dos enfoques doctrinarios se siguen sendas modalidades de la praxis, la de los autores para quienes la psicosis de transferencia debe ser interpretada y a través de la interpretación se irá modificando y los que sostienen que los fenómenos pertenecientes al narcisismo primario no responden a la técnica interpretativa clásica y es mejor entonces dejar que se desarrollen en el tratamiento cumpliendo etapas no alcanzadas en el desarrollo temprano.³

3. La psicosis de transferencia y la teoría kleiniana

El punto de partida de esta investigación es el análisis de Dick, un niño de 4 años con un desarrollo mental que no sobrepasaba los 18 meses y que había sido diagnosticado como demencia precoz.⁴ Klein empleó con Dick su técnica del juego, interpretando las fantasías sádicas del niño frente al cuerpo de la madre y la escena primaria, sin otro parámetro que el de dar el nombre de papá, mamá y Dick a los autitos de juguete a fin de poner en marcha la situación analítica. Sobre la base de este caso, Klein propuso una nueva teoría del símbolo y de la psicosis, no menos que una técnica para abordarla con instrumentos estrictamente analíticos.⁵

Fueron los discípulos de Melanie Klein y no ella misma los que en los últimos años de la década del cuarenta se animaron a tratar formalmente pacientes psicóticos empleando la técnica clásica, esto es dejando que se desarrolle una «psicosis de transferencia» y analizándola sin parámetros. Así como Melanie Klein había sostenido que en el niño no menos que en el neurótico debe interpretarse imparcialmente la transferencia positiva y negativa sin para nada recurrir a medidas pedagógicas o de apoyo, la misma actitud se adoptará con el psicótico, sin temer que el análisis de la agresión pueda entorpecer el tratamiento o perjudicar al paciente. Federn había dicho, en cambio, en su clásico artículo «Psicoanálisis de las psicosis» (1943), que la transferencia positiva debe ser mantenida por el analista y nunca disuelta si no se quiere perder la influencia sobre el paciente.⁶ Es la misma filosofía que propuso Anna Freud en su libro sobre el análisis de niños en 1927 y que Klein discutió ardorosamente en el *Símpo- sio sobre análisis infantil* de la Sociedad Británica.

Cuando Hanna Segal, Bion y Rosenfeld se deciden a analizar psicóticos cuentan con los utensilios teóricos que Klein había forjado al elabo-

³ Un estudio crítico y exhaustivo de la psicosis de transferencia puede encontrarse en Wallerstein (1967).

⁴ Hoy, sin duda, lo diagnosticaríamos de autismo precoz infantil.

⁵ «The importance of symbol-formation in the development of the ego» fue presentado al Congreso de Oxford en 1929 y publicado el año siguiente.

⁶ «La transferencia es útil en el análisis de los conflictos que están en la base de la psicosis, pero nunca debe el psicoanálisis deshacer una transferencia positiva; el analista perdería así toda su influencia, ya que no puede continuar trabajando con el psicótico en los períodos de transferencia negativa como puede hacerlo con los neuróticos» (págs. 162-3 de la versión castellana [véanse las «Referencias bibliográficas» al final de la obra]).

rar la teoría de las posiciones y con el valioso concepto de identificación proyectiva.

Una de las primeras contribuciones fue el caso Edward, que Segal publicó en 1950, cuando todavía no se habían registrado casos de esquizofrenia tratados con la técnica psicoanalítica clásica. La marcha del análisis mostró que ese abordaje técnico resultó operante; y fue este enfermo, entre paréntesis, el que le permitió a Segal hacer sus valiosas contribuciones a la teoría del simbolismo en 1957. Las únicas diferencias técnicas que introdujo Segal fue que el análisis se inició en el hospital y en la casa y no se le pidió al analizado que se acostara en el diván y asociara libremente. La terapeuta mantuvo en todo momento la actitud analítica, sin recurrir al apoyo o a otras medidas psicoterapéuticas, interpretando a la par las defensas y los contenidos, la transferencia positiva y la negativa.

Paralelos a los aportes recién mencionados tenemos los de Herbert A. Rosenfeld, que publica «Transference-phenomena and transference-analysis in an acute catatonic schizophrenic patient» (1952b), donde sobre la base de un material clínico muy ilustrativo postula que el psicótico desarrolla fenómenos de transferencia positiva y negativa, que el analista puede y debe interpretarlos y que el paciente comprenderá y responderá a esas interpretaciones, a veces confirmandolas y a veces corrigiéndolas.

En un trabajo de ese mismo año, «Notes on the psycho-analysis of the superego conflict in an acute schizophrenic patient» (1952a), Rosenfeld refirma que si interpretamos los fenómenos transferenciales positivos o negativos que aparecen espontáneamente, evitando estrictamente promover una transferencia positiva con apoyo directo o expresiones de amor, las manifestaciones psicóticas se ligan a la relación con el analista y, «en la misma forma en que se desarrolla una neurosis de transferencia en el neurótico, también en el análisis de los psicóticos se desarrolla lo que podemos llamar una *psicosis de transferencia*». Como Segal y Bion, también Rosenfeld piensa que el concepto de identificación proyectiva abre un nuevo campo para la comprensión de la psicosis.

Mientras Segal estudia el simbolismo en la psicosis y Rosenfeld depura la técnica de su abordaje, Bion se ocupa preferentemente del lenguaje y el pensamiento esquizofrénico, caracterizando la transferencia —ya lo hemos visto— como prematura, precipitada y de intensa dependencia. Estos estudios lo habrán de conducir a diferenciar en la personalidad dos partes, psicótica y no-psicótica, y a una teoría del pensamiento.

4. Simbiosis y transferencia

Mientras Mahler profundiza su rigurosa y lúcida investigación sobre el desarrollo infantil, la psicosis de la infancia y el proceso de separación-individuación, Harold F. Searles trabaja en el Chestnut Lodge siguiendo la tradición de Frieda Fromm-Reichmann. Searles es no sólo un gran analista sino también un observador sagaz y un teórico creativo y cuidadoso.

Searles (1963) acepta plenamente el concepto de psicosis de transferencia que propuso Rosenfeld (1952a y b) o de transferencia delirante de Margaret Little (1958) y señala que no es fácil descubrirla en el material del paciente por muchas razones, y entre ellas porque la vida cotidiana del psicótico consiste de hecho en ese tipo de reacciones. La psicosis de transferencia no se hace patente porque el funcionamiento del yo psicótico sufre un serio menoscabo en la capacidad para diferenciar la fantasía de la realidad y el presente del pasado, características definitivas del fenómeno transferencial. Cuando Searles le sugirió a una mujer con una esquizofrenia paranoide que ella encontraba muy semejantes a las personas en el hospital, y a él entre ellas, con las de su infancia, ella le contestó con impaciencia que cuál era la diferencia. Falta entonces la distancia psicológica que nos hace posible discriminar el objeto originario y la réplica.⁷

La transferencia expresa una organización yoica muy primitiva que se remonta a los primeros meses de la vida, cuando el lactante se relaciona con objetos parciales que no llega a discriminar del self, mientras que el neurótico se relaciona con objetos totales y en una relación triangular. Esta situación corresponde a los mecanismos esquizoides de Melanie Klein y a lo que Searles prefiere llamar, como Mahler (1967), *fase simbiótica*. La transferencia que se remite a esta fase no sólo se hace con objetos parciales sino también con las partes del self que se relacionan con ellos; y, para complicar más las cosas, estos dos tipos de transferencia se alternan rápidamente.

A partir de su experiencia clínica, que coincide con la investigación de Mahler (1967, etcétera), Searles distingue cinco fases evolutivas en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica, a saber: fase fuera de contacto, fase de simbiosis ambivalente, fase de simbiosis preambivalente, fase de resolución de la simbiosis y fase tardía de individuación.

Searles piensa que la etiología de la esquizofrenia debe buscarse en una falla de la simbiosis madre-niño o antes aún si esa simbiosis no llega a formarse por la excesiva ambivalencia de la madre; y sostiene que una transferencia de tipo simbiótico es una fase necesaria en todo análisis y mucho más para el caso psicótico.

La *fase sin contacto* corresponde a la etapa autística de Mahler (1952), donde se origina la psicosis homónima. Son los niños que nunca llegaron a participar de una relación simbiótica con la madre. El fenómeno transferencial existe, sin embargo, en cuanto el analista queda de hecho identificado errónea y bizarramente con un objeto del pasado. Aquí es donde más se aplica el concepto de transferencia delirante de Little, y el mayor problema de la contrasferencia es sentirse persistente y radicalmente ignorado. La contrapartida de la transferencia delirante es que el paciente mismo se sienta erróneamente identificado por las otras personas. En este contexto, por lógica, el analizado siente que el analista no le está hablando a él mismo sino a otro.

⁷ El mismo concepto puede encontrarse en el artículo de Fromm-Reichmann «*Transference problems in schizophrenics*» (1939).

Durante esta fase, que puede extenderse meses o años, el paciente y el terapeuta no llegan a establecer una relación afectiva mutua y lo más aconsejable para el analista es mantener una actitud serena y neutral, sin pretender aliviar apremiantemente el sufrimiento del enfermo, como suele hacer el analista novato. El psicoanalista más experimentado no se devana lo sesos tratando de comprender el silencio de su paciente y, antes bien, deja que sus propios pensamientos sigan su curso, cuando no hojea un diario o lee algún artículo que le interesa.

A medida que analista y paciente empiezan a estar en contacto se inicia la segunda etapa del tratamiento, *la fase de la simbiosis ambivalente*. El silencio y la ambigüedad de la comunicación ha ido debilitando los límites del yo del paciente y el analista y los mecanismos de proyección e introyección por parte de ambos operan con gran intensidad, prestando una base de realidad a la transferencia simbiótica, que en este período se caracteriza por una fuerte ambivalencia. El analista lo percibe en la comunicación verbal y no verbal del paciente no menos que en su contratransferencia, que fluctúa rápidamente del odio al amor, del aprecio al rechazo.

Una característica de esta etapa es que la relación con el paciente adquiere una importancia excesiva y absorbente para el analista, que siente peligrar sus relaciones dentro del hospital y hasta en el seno de su familia. La hostilidad alcanza un grado muy alto, y justamente lo decisivo de esta etapa es que analista y analizado comprueben que sobreviven al odio del otro y de uno mismo, asumiendo alternativamente el papel de madre mala.

Entonces empieza a instalarse insensiblemente *la fase de la simbiosis preambivalente* (o simbiosis total) en que el analista empieza a aceptar su papel de madre buena para el paciente y, recíprocamente, su dependencia infantil ante el paciente que es para él también la madre buena. Los sentimientos no son ahora predominantemente sexuales sino más bien de tipo maternal. Es necesario, dice Searles, que analista y paciente depositen en el otro la confianza del niño pequeño que hay en cada uno. Esta fase de la terapia reproduce una experiencia infantil feliz con una madre buena en forma concreta en la relación con el terapeuta. Alcanzada la etapa del amor preambivalente, no existe ya el temor a perder la individualidad y surge una actividad lúdica gozosa entre analista y paciente, que cambian sus lugares sin temor y exploran traviesamente todos los campos de la experiencia psicológica.

Sigue luego *la fase de la resolución de la simbiosis*, donde vuelven a surgir las necesidades individuales de ambos participantes. El analista comienza a delegar en el paciente la responsabilidad de curarse o la decisión de seguir toda la vida en un hospital psiquiátrico. Aquí es decisivo que la contratransferencia del analista no le haga temer por el futuro del paciente y por su propio prestigio profesional y comprenda que la última palabra estará siempre verdaderamente a cargo del enfermo. En este momento suelen intervenir los familiares y los miembros del equipo terapéutico para evitar que el paciente se convierta en una persona separada, con lo que ellos perderían la gratificación de una relación simbiótica.

La *etapa final* del tratamiento, la *individuación*, se alcanza cuando se ha resuelto la simbiosis terapéutica. Esta etapa se prolonga siempre un tiempo largo, mientras el paciente va estableciendo genuinas relaciones de objeto y enfrenta los problemas propios del análisis del neurótico.

La agudeza clínica de Searles, su capacidad para captar los matices más delicados de la relación con el paciente y transmitirlos al lector no nos debe hacer olvidar la distancia que hay entre su método y el tratamiento estándar, que él no ignora, por cierto, y la poca confianza que dispensa a la interpretación. Searles cree firmemente que basta vivir plenamente primero y gozosamente después la simbiosis para que sin palabras el enfermo evolucione y cambie. Piensa, efectivamente, que el destino del paciente psicótico en análisis consiste en poder reproducir en la transferencia la relación simbiótica y esto se logra a través de un vínculo no verbal, donde rara vez llega el momento para hacer interpretaciones transferenciales. Searles se inclina a pensar que los analistas que, como Rosenfeld, tienden a dar al analizado interpretaciones verbales de la psicosis de transferencia sucumben a una resistencia inconciente: eluden enfrentar el periodo de simbiosis terapéutica. Recurrir a las interpretaciones verbalizadas antes que se haya atravesado con buen éxito la fase simbiótica de la transferencia es claramente un error: equivale a que el analista emplee la interpretación transferencial como un escudo que lo protege del grado de intimidad psicológica que le reclama el paciente, del mismo modo que el paciente utiliza su transferencia delirante para no experimentar la plena realidad del analista como persona presente.

Los riesgos que señala Searles son muy ciertos pero tampoco se salvan absteniéndose de interpretar; y, por otra parte, la actitud de no hacerlo puede ser igualmente un escudo para los conflictos de contrasíntesis.

Searles nos ofrece generosamente en sus trabajos ricas ilustraciones clínicas de su forma de trabajar, que lo pintan invariablemente como un analista sagaz, profundo y comprometido. Si me atreviera a opinar sobre la base de lo que él nos muestra, diría que Searles se preocupa en general más por el bienestar del enfermo, por no herirlo y por mostrarle su simpatía, que por interpretar lo que le pasa.

Creo que vale la pena traer ahora a colación a otro gran investigador de la psicosis, Peter L. Giovacchini, quien ha trabajado sobre el tema muchísimos años y, como Searles, con la transferencia simbiótica como principal instrumento. Giovacchini, sin embargo, cree que lo decisivo en el destino de la simbiosis terapéutica es justamente que el analista la interpreta, como lo dice en todos sus trabajos y muy especialmente en «The symbiotic phase» (1972b).

5. La transferencia del paciente fronterizo

A partir de «Estados fronterizos», el perdurable trabajo que Robert P. Knight leyó en Atlantic City el 12 de mayo de 1952 y que se publicó el

año siguiente en el *Bulletin of the Menninger Clinic*, se fue imponiendo en el psicoanálisis de Estados Unidos primero y luego en el resto del mundo una nueva entidad clínica, el *fronterizo*, a medio camino entre la psicosis y la neurosis. Gracias al esfuerzo de muchos autores, entre los que se destaca Otto F. Kernberg, el *fronterizo* no es ya el cajón de sastre donde van a parar los casos de diagnóstico difícil o impreciso sino una entidad clínica con derecho propio. Para señalar esa individualidad, para subrayar que se trata de algo específico y estable, Kernberg (1975, cap. 1) prefiere hablar, justamente, de *organización fronteriza de la personalidad*.

En el trabajo liminar de Knight (1953) se afirmaba que el *fronterizo* no se adapta al tratamiento psicoanalítico, porque su yo sumamente lábil queda expuesto a desmoronarse frente a la natural e inevitable regresión que promueve el tratamiento clásico. Knight se inclinaba, entonces, por tratar a estos pacientes con una psicoterapia de apoyo de inspiración analítica, buscando restaurar las perdidas fuerzas del yo. Solamente si esto se logra queda abierto el camino para un tratamiento psicoanalítico en regla. Otros autores, en cambio, como Herbert A. Rosenfeld, León Grinberg y Hanna Segal, por ejemplo, piensan que el paciente *fronterizo* es accesible al tratamiento psicoanalítico clásico, si bien no dudan ni por un momento que planteará problemas mucho más difíciles que los del neurótico común o estándar.

En una posición intermedia entre estos dos extremos, Kernberg se pronuncia a favor de una forma especial de psicoterapia psicoanalítica modificada.

Lo que caracteriza para Kernberg (1982) al paciente *fronterizo* es la difusión de la identidad, en cuanto no están claramente delimitadas las representaciones del self y del objeto, el predominio de mecanismos de defensa primitivos basados en la disociación y, por último, la conservación de la prueba de realidad, que falta precisamente en la psicosis.

La estructura recién descrita lleva a un tipo especial de transferencia que Kernberg (1976b) llama *transferencia primitiva*, donde la relación de objeto es parcial. «La transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos disociados del *self* y aspectos altamente distorsionados, fantásticos y disociados de las representaciones de objeto» (*Revista Chilena de Psicoanálisis*, pág. 30).

Kernberg estableció en 1968 los principios que a su juicio deben regir el tratamiento de este tipo de enfermos, a partir de la idea de que «cuando reciben tratamiento psicoanalítico, se suele observar en ellos una peculiar forma de pérdida de la prueba de realidad, e incluso ideas delirantes que se manifiestan sólo en la transferencia —en otras palabras, desarrollan una psicosis transferencial y no una neurosis transferencial» (1968, pág. 600). Vale la pena señalar aquí que Kernberg emplea el término «psicosis transferencial» para denotar una eventualidad (o complicación) del tratamiento psicoanalítico, como también lo hace Margaret Little, y no como se lo emplea en este libro.

Kernberg piensa (como Knight) que los pacientes *fronterizos* no toleran la regresión que tiene lugar en el análisis porque su yo es muy débil y

por su elevada propensión al acting out. De ahí que el fronterizo deba tratarse con una forma especial de análisis apoyado en diversos parámetros técnicos o, simplemente, con una psicoterapia psicoanalítica modificada, donde más que hablar de parámetros es preferible hablar lisa y llanamente de modificaciones técnicas (*ibid.*, pág. 601). Entre las modificaciones técnicas que Kernberg propone está el ritmo de tres sesiones cara a cara, la elaboración de la transferencia negativa sin intentar su reconstrucción genética y la «desviación» de la transferencia negativa mediante su examen sistemático en las relaciones del paciente con los demás, la estructuración de una situación terapéutica que pueda contener el acting out, estableciendo límites estrictos para la agresión no verbal que se admitirá durante las sesiones, utilizando los factores del ambiente que puedan promover una mejor organización de la vida del paciente y del tratamiento. Por otra parte, Kernberg se declara partidario de utilizar la transferencia positiva en cuanto mantenga la alianza de trabajo, sin tocar resueltamente las defensas que podrían hacerla tambalear.

Al terminar su importante trabajo de 1968, Kernberg resume su enfoque terapéutico en estos términos: «Esta particular forma de psicoterapia expresiva de orientación psicoanalítica es un abordaje terapéutico que difiere al psicoanálisis clásico en que no permite el total desarrollo de la neurosis transferencial ni se vale sólo de la interpretación para resolver la transferencia» (*ibid.*, pág. 616).

En su *Object relations theory and clinical psychoanalysis* (1976a) Kernberg vuelve al tema al estudiar la transferencia y contratransferencia en el tratamiento del paciente fronterizo, manteniendo y precisando sus puntos de vista. Insiste en que la transferencia negativa de los pacientes fronterizos debe ser interpretada solamente en el aquí y ahora, ya que las reconstrucciones genéticas no pueden ser captadas por pacientes que de hecho confunden la transferencia con la realidad, y que los aspectos de la transferencia positiva de origen menos primitivo no deben ser interpretados para favorecer el desarrollo de la alianza terapéutica. Los aspectos más distorsionados de la transferencia deberán ser atacados en primer lugar, para llegar *después* a los fenómenos transferenciales que se vinculan con experiencias reales de la infancia.

La meta estratégica de su terapia, dirá Kernberg en 1976, consiste en ir transformando la transferencia primitiva en reacciones transferenciales integradas (1976b, pág. 800). Esto se consigue con el análisis sistemático de las constelaciones defensivas, que mejoran el funcionamiento del yo y permiten transformar y resolver la transferencia primitiva, como dice Kernberg en su último libro (1980, especialmente caps. 9-10).

Las reglas que da Kernberg sobre la técnica tienen sin duda coherencia con los supuestos teóricos con que él opera; y, sin embargo, cabría preguntarle si no paga un precio muy alto para aplicar su técnica en lugar de confiar en la que todos manejamos. No debe olvidarse que las limitaciones que Kernberg impone a su paciente y que se impone a sí mismo pueden agravar a la corta o a la larga las mismas dificultades que él aspira a evitar.

14. Perversión de transferencia*

La tesis de este capítulo es que la perversión posee individualidad clínica y configura un tipo especial de transferencia.

1. Consideraciones teóricas

No fue sencillo captar la unidad psicopatológica de las perversiones y señalar sus características definitorias. El estudio fenomenológico no basta, ya que una conducta no puede estar definida por sí como perversa, aparte que clasificar las perversiones por su forma es como encasillar los delirios por su contenido. Era necesario llegar a comprender la perversión desde sus propias pautas; y esto sólo ha empezado a realizarse en los últimos años.

La polaridad neurosis-psicosis es tan clara y rotunda que los otros cuadros psicopatológicos tienden a caer finalmente en su órbita; y las vigorosas pinceladas con que Freud trazó la línea divisoria en sus dos ensayos de 1924 reforzaron sin proponérselo ese dualismo fundamental.

El primer intento de comprender la perversión partió de la neurosis con el célebre aforismo freudiano de que *la neurosis es el negativo de la perversión*, todavía vigente en cierto modo, como dice con razón Gillespie (1964).

Después de los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d), sin embargo, se fue imponiendo un punto de vista estructural, cuyos jalones son el estudio sobre Leonardo (1910c), «Pegan a un niño» (1919e) y el trabajo de Hans Sachs de 1923. Según este enfoque, el acto perverso tiene la estructura de un síntoma, especial porque es egosintónico y placentero pero síntoma al fin, con lo que se borrarón los límites entre perversión y neurosis. Sin embargo, recorrer este largo camino para llegar a que el síntoma perverso es como cualquier otro, no era todavía proponerse el problema de la perversión misma.

La irreductible diferencia de los hechos clínicos, la dificultad de analizar al perverso hizo después abordar la perversión desde el polo opuesto.

* Este trabajo apareció en su versión completa en León Grinberg, ed., *Prácticas psicoanalíticas comparadas en la psicosis*. Aquí se reproduce, con ligeras modificaciones, el resumen que se leyó en el XXX Congreso Internacional de Jerusalén, aparecido en el *International Journal* y en Jean Bergeret, ed., *La cure psychanalytique sur le divan* (1980).

Freud vislumbró en 1922 que la perversión puede tener que ver con impulsos agresivos y no sólo libidinosos; y en su ensayo sobre el fetichismo (1927e) señala en estos enfermos una peculiar forma de acceder a la realidad. También Melanie Klein (1932) subrayó la importancia de las situaciones de ansiedad y de culpa vinculadas a los impulsos agresivos en el desarrollo de la perversión.

Sobre estas bases, Glover (1933) afirma que muchas perversiones son, por decirlo así, el negativo de la psicosis, en cuanto intentos de cerrar las brechas que quedaron en el desarrollo del sentido de la realidad.

Los continuadores de Melanie Klein (Bion, Hanna Segal, Rosenfeld, etcétera), al estudiar la personalidad psicótica (o la parte psicótica de la personalidad), llegaron a la conclusión de que es muy fuerte en el perverso.

Así se acuñó un nuevo aforismo, según el cual la perversión no es ya el «positivo» de la neurosis sino el negativo de (una defensa contra) la psicosis,¹ una forma de huir de la locura.

Debe aceptarse sin reservas que la perversión tiene mucho que ver con la parte psicótica de la personalidad; pero proponerla como una simple defensa contra la psicosis, una especie de mal menor (para decirlo en forma que denuncie su raíz ideológica), connota más un juicio de valor sobre la salud mental que una fórmula psicopatológica. Cuando vemos los hechos clínicos sin este prejuicio, nos damos cuenta de que la perversión puede ser tanto una defensa contra la psicosis como una de sus causas.

2. El yo perverso

Sólo en los últimos años la perversión empezó a mostrar su individualidad, cuando la investigación convergió en un tema esencial, *la división del yo perverso*.

El punto de partida se encuentra en «La organización genital infantil» (1923e), donde Freud afirma que, frente a la primera (y honda) impresión ante la falta de pene en la mujer, el niño *verleugnet* (reniega, reprueba, desmiente) el hecho² y cree que ha debido ver un pene. En otros trabajos de la misma época usa el sustantivo *Verleugnung* con referencia a la castración, la diferencia de los sexos o cierta realidad penosa.³

Al aplicar estos conceptos a la comprensión del fetichismo, en 1927, Freud afirma que el fetichismo reprime el afecto (es decir el horror a la castración) y desmiente la representación. La desmentida, en cuanto conserva y descarta la castración, define para Freud la *escisión del yo* en el proceso defensivo, que estudia en dos obras inconclusas de 1938 (Freud, 1940 a y e).

¹ Una lúcida discusión del interjuego entre neurosis, perversión y psicosis puede hallarse en Pichon Riviére (1946, pág. 9).

² Strachey usa el verbo *disavow* y el sustantivo *disavowal* para *verleugnen* y *Verleugnung* (renegar y renegación; reprobación y reprobación, desmentir y desmentida).

³ A diferencia de Elisabeth von R., que es neurótica, una paciente psicótica hubiera *desmentido* la muerte de la hermana (SE, 19, pág. 184. AE, 19, pág. 194).

Lacan y sus discípulos sostienen que la explicación de las perversiones debe buscarse en este particular mecanismo de defensa, *Verleugnung*, distinto esencialmente de la represión, *Verdrängung*, (propia de la neurosis) y de la *Verwerfung*, exclusión, forclusión, base estructural de la psicosis.⁴ Lacan (1956) sostiene que el fetichista ha pasado por la castración pero la desmiente. Reconoce la castración; pero «presentificando» la imago del pene femenino, imagina lo que no existe. La «presentificación» es la otra cara de lo renegado. El fetiche, dice Lacan plásticamente, presenta (encarna) y vela al mismo tiempo el pene femenino. En el estadio del espejo, el niño es el falo faltante de la madre, el objeto del deseo (de tener un falo) de la madre. En el momento culminante del complejo de Edipo el padre interviene reubicando al niño en un tercer lugar: el niño no es el falo de la madre y, desde entonces, *el falo es un símbolo* (y no un órgano).

El fetiche, afirma Rosolato (1966), es la contraparte de la escisión del sujeto. El fetiche aparece *cortado* de su dependencia corporal y a la vez en *continuidad* (metonímica) con el cuerpo (faneras, vestidos). Si por esta continuidad el fetiche es una *metonimia*, en cuanto representa («presentifica») el pene faltante de la madre es también su *metáfora*.

Con el soporte teórico de la psicología del yo, Gillespie (1956, 1964) elabora una clara y amplia teoría de la perversión donde también ocupa un lugar destacado la disociación del yo, si bien no llega a reivindicar la *Verleugnung* como específica. Dentro de la misma línea de pensamiento, Bychowsky (1956) considera que el yo homosexual sufre un proceso de disociación, que explica en función de los introyectos.

También para Meltzer (1973) ocupa un lugar preponderante la disociación del yo perverso, que asume una forma especial, el *desmantelamiento*. Este autor ha hecho un valioso aporte para distinguir la sexualidad del adulto (de base introyectiva) de la infantil y perversa, ambas de base proyectiva pero con diferentes procesos de disociación en la estructura yoica, vinculados a la angustia y la envidia.

A su regreso de las primeras vacaciones una paciente homosexual expresó plásticamente la disociación del yo (y el mecanismo básico de la desmentida) diciendo que se encontraba mal porque se le había caído un lente de contacto y su madre lo había pisado mientras lo buscaban. Descartada la posibilidad de recurrir a sus anteojos, tenía que usar un solo lente de contacto y ver las cosas bien con un ojo y mal con el otro. En la sesión siguiente, expresó el temor de que yo hubiera cambiado durante las vacaciones transformándome en un mal analista.

⁴ En «Las neurosis de defensa» (1894a, cap. 3) dice Freud: «Ahora bien, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima (*verwerfen*) la representación insostenible junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido» (AE, 3, pág. 59). En la *Standard Edition* encontramos: «Here, the ego rejects the incompatible idea together with its affect and behaves as if the idea had never occurred to the ego at all» (SE, 3, pág. 58). Según señalan Laplanche y Pontalis (1968), aquí Strachey traduce el verbo *verwerfen* por *reject*. Pero en «Neurosis y psicosis» (1924b) Freud usa *Verleugnung* (*disavowal*) y no *Verwerfung* (*rejection*).

El cambio de los anteojos por lentes de contacto había sido uno de los primeros progresos que notó la paciente y lo ocultó durante un tiempo temiendo que yo se lo envidiara. Sólo al regreso de las vacaciones pudo venir al consultorio con los lentes de contacto (con *un* lente) y contó el risueño episodio.

3. La perversión de transferencia

Este rodeo teórico permite volver a la sustancia de este capítulo, la forma especial de relación que, por fuerza, habrá de desarrollar en el análisis el perverso para que se constituya y resuelva la *perversión de transferencia*. Con esta denominación propongo unificar los diversos fenómenos clínicos que se observan en el tratamiento de este grupo de pacientes.

Concepto técnico, la perversión de transferencia tiene el mismo rango que la neurosis de transferencia, y permite estudiar a estos pacientes sin hacerlos entrar en un lecho de Procusto.

El fecundo concepto freudiano de que la enfermedad originaria se vuelve a presentar en el campo de la cura psicoanalítica y pasa a ser el objeto de nuestra labor («Recordar, repetir y reelaborar», 1914b), puede extenderse a otros grupos psicopatológicos, con lo que la neurosis de transferencia propiamente dicha se precisa y delimita. Esto implica aceptar que el grupo patológico que Freud contrapuso a las neurosis de transferencia en «Introducción del narcisismo» (1914g) tiene también un correlato transferencial, como parece desprenderse de la experiencia clínica.⁵

Mi propuesta implica deslindar el concepto *técnico* de neurosis de transferencia de sus consecuencias psicopatológicas (o nosográficas) y se ubica, pues, en la misma línea de pensamiento que llevó a Rosenfeld (1952) y a Searles (1963) a reconocer la individualidad de la psicosis de transferencia; y recoge, también, los valiosos aportes de la investigación actual que ha sabido iluminar las relaciones narcisistas de objeto, base teórica para acceder a las perversiones, y destacar lo específicamente perverso en el vínculo transferencial. En forma cuasi diabólica, estos pacientes tratan de pervertir la relación analítica y ponen a prueba nuestra tolerancia; sin embargo, si la perversión es lo que es, no podemos esperar otra cosa.

Aunque no hable explícitamente de perversión de transferencia, Betty Joseph (1971) ilustra sus modalidades más significativas y afirma que la perversión sólo podrá resolverse en la medida en que el analista la descubra e interprete *en la transferencia*. La erotización del vínculo, la utilización de la palabra o el silencio para proyectar la excitación en el analista, la pasividad para provocar su impaciencia y lograr que la actúe con interpretaciones (o pseudointerpretaciones) aparecen claramente en *este*

⁵ Es sabido que este punto de vista no es compartido por muchos analistas (Gutmann, 1968; Zeizel, 1968).

trabajo fundamental. Estos mecanismos, sigue Betty Joseph, no son sólo *defensas* por medio de los cuales el paciente trata de desembarazarse de sus impulsos y de sus (dolorosos) sentimientos, sino también *ataques* concretos contra el analista. Identificado proyectivamente el pezón con la lengua, la palabra es alimento, al par que el pezón-pene mismo queda roto y sin fuerza, para ser estimulado por un diálogo vacío que trata de excitarlo y atormentarlo.

Después de unas largas vacaciones, un paciente *froteur* que acostumbraba a hablar largamente y en tono intelectual soñó que *volvía en barco y tenía juegos sexuales con una joven. Le daba un beso y, al separarse, la lengua de ella se alargaba y alargaba de modo que permanecía siempre en su boca.*

En su interesante ensayo sobre el fetichismo, Luisa de Urtubey (1971-72) habla de la «fetichización» del vínculo trasfereencial y la ilustra convincentemente. El sutil esfuerzo del perverso para arrastrar al analista aparece plásticamente descrito en el riguroso trabajo de Ruth Riesenberg (1976) sobre la fantasía del espejo: la capacidad de observar y describir de la analista corre peligro de ser trasformada en escotofilia.

El persistente impacto de los sutiles mecanismos perversos en el analista ha sido estudiado profundamente por Meltzer (1973, cap. 19), quien subraya que muchas veces el analista se da cuenta de que el proceso analítico ha sido subvertido cuando ya es demasiado tarde. El análisis se desarrolla, entonces, en un marco de esterilidad, y la esterilidad es la razón de ser de toda perversión. En los casos extremos, el analista actúa directamente su contratrasferencia a través de pseudointerpretaciones. Puede iniciarse así un daño permanente en su instrumento analítico (Lieberman, 1976b). Como es lógico, concluye Meltzer, la decadencia de un grupo analítico sigue por este camino.

En una breve comunicación (1973) sobre los problemas técnicos que crea la ideología del paciente cuando se la utiliza proyectivamente con fines defensivos (y ofensivos), pude ilustrar cómo un impulso se transforma en ideología y se proyecta. Si bien esa comunicación se refería al vegetarianismo, el trastorno descrito, esto es, la transformación de un malentendido (Money-Kyrle, 1968), en ideología del analista a través de la identificación proyectiva (Melanie Klein, 1946) es en esencia perverso. (Y lo era el paciente de mi comunicación.) Llegué entonces a la conclusión de que el perverso no siente el llamado del instinto; sólo tiene comunicación con su cuerpo a través del intelecto. Supongo que es principalmente la envidia enlazada al sentimiento de culpa lo que lleva al perverso a sentir su instinto no como deseo sino como ideología. Reflexiones estas que, quizá, puedan contribuir a aclarar el enorme potencial creador de la estructura perversa. Se comprende asimismo por qué para el perverso, encerrado en un mundo de ideologías, la polémica sea tan vital.

Según mi experiencia, son mecanismos perversos la erotización del vínculo y el planteo «ideológico» de la vida sexual (y de la vida en general), acompañado siempre de una nota de rebeldía y un tono polémico. Si estas características aparecen en pacientes neuróticos es porque *está en*

juego un aspecto perverso de la personalidad, como también se observa la transferencia neurótica en pacientes perversos, porque los cuadros clínicos nunca son puros.

Con un diferente soporte teórico, los autores franceses llegan a similares conclusiones. Rosolato (1966) sostiene que la perversión fetichista entraña siempre una ideología, y concretamente la ideología gnóstica:⁶ la perversión es al gnosticismo como la neurosis obsesiva a la religión ritual. El perverso desmiente de la Ley del Padre en cuanto impone el acceso al orden simbólico sancionando la diferencia de los sexos, y la sustituye por la ley de su deseo. Clavreul (1963, 1966), por su parte, señala las características peculiares de «la pareja perversa», y considera que toda la transferencia se impregna de una nota de desafío. Su discurso sobre el amor (y sobre todas las cosas) asume siempre un carácter de alegato, de desafío, de rebelión.

Estas coincidencias son interesantes porque muestran que la práctica analítica, aun sobre bases teóricas diferentes, revela un conjunto de problemas que hacen a la esencia misma de la perversión.

4. Material clínico

Ilustra lo dicho el material clínico de una joven que se analizó por su homosexualidad y por una atormentadora sensación de vacío interior.

Durante los primeros meses del análisis se le fue imponiendo la vivencia de que podía cambiar y que estaba cambiando: el mundo liso y entrópico de la homosexualidad en cuanto forma de borrar las diferencias (de sujeto y objeto, de hombre y mujer, de adulto y niño) empezó a hacerse más vivo y contrastante, más *heterogéneo*. Esto hizo renacer su esperanza y, al mismo tiempo, reforzó un preexistente temor a la locura. Afirmaba que no era que cambiara sino que yo le metía cosas en la cabeza. Y, en momentos de paz interior nunca antes experimentada, le apareció a modo de imperativo categórico el deseo de rebelarse en contra de mí acostándose con una mujer. (La norma se transforma en impulso.)

El temor a la locura emergía en contextos diferentes y la relación entre perversión y psicosis no era meramente de defensa y contenido. La locura tenía diversos significados: la vivencia de progreso la conducía a la exaltación maníaca o al delirio persecutorio; otras veces la psicosis se vinculaba a la erotización de la transferencia;⁷ o a una regresión masiva e indiscriminada a la infancia (ecmnesia). «En su forma más específica, sin

⁶ El gnosticismo se sustenta en un saber consolidado y objetivo que considera a la divinidad como el alma del mundo y admite una visión directa de su espíritu, un conocimiento absoluto, directo de Dios (Guillermo Maci, comunicación personal).

⁷ Soñé que viajaba en un colectivo con Américo, el ex novio de Delia (su hermana menor), sentada sobre él, cara a cara. Américo tenía la bragueta abierta y me penetraba; hablábamos como si no pasara nada, para que los otros pasajeros no se dieran cuenta. (Así vivía en ese momento el diálogo analítico.)

embargo, la locura surge del re-contacto con la realidad: descubrir el mundo en su infinita variedad y riqueza es como un error de los sentidos: *la realidad tiene que resultar enloquecedora para quien vive en un mundo de alucinaciones negativas*. En este sentido, la perversión no es una defensa contra la psicosis sino la psicosis misma» (Etchegoyen, 1970). Reproduzco este párrafo porque concuerda con Clavreul en cuanto al sentido de realidad en las perversiones y con la idea de dismantelamiento de Meltzer. Si no se toma en cuenta esta especial distorsión, se incurre en errores técnicos que confirman al perverso en su creencia de que el análisis es una forma sutil de adoctrinamiento.

Al finalizar el primer año se sentía mejor, lo que se expresó en el singular proceso de disociación que estamos describiendo: aumentó su confianza en mí y temía que le envidiara su progreso. Sólo podía sentirse bien, afirmaba, a condición de no tener ningún tipo de vida sexual para no ser envidiada.⁸ ¡Era como si conociera al dedillo el concepto de afanixis y la teoría de la envidia temprana!

Sus afirmaciones rotundas y contradictorias me provocaban desconcierto e intranquilidad. Cuando quería reducirlas interpretando sus obvias contradicciones, tropezaba con una resistencia irreductible y con reproches de que le estaba imponiendo mis ideas. (Y en parte tenía razón.)

Al comienzo del segundo año de análisis tuvo su primera relación heterosexual y se sintió «loca de alegría». Vino confundida, mareada y con ganas de vomitar: sólo al final de la sesión, y con vivo temor a que la censurara, pudo comunicármelo.

A partir de esa sesión tenía que vencer una fuerte resistencia para venir; se sentía humillada por el progreso del tratamiento. A veces llegaba con buena disposición, pero en cuanto me veía pensaba que no debía dejarse engañar, que ella venía para luchar y que yo sólo quería derrotarla y humillarla. (Desafío, alegato.)

La sesión siguiente ilustra su tono polémico y desafiante. Llega de un examen y cree que le fue bien. Sigue confundida y con tendencia a marearse. Pensó que si el examen se prolongaba y no podía venir, el lunes le iba a ser muy difícil hacerlo y tal vez no vendría más. Recuerda que con la doctora X (analista anterior) empezó a faltar a consecuencia de un examen y después abandonó.

A: Tal vez tiene deseos de interrumpir el tratamiento y no venir más: teme que se repita la situación con la doctora X.

P: Usted me mete ideas en la cabeza que me son completamente extrañas. No siento de ninguna manera que quiera no venir más.

A: Habrá que ver por qué siente usted como extrañas estas ideas, a pesar de ser simplemente las suyas: *usted* dijo que, de no venir hoy, le hubiera costado mucho volver el lunes.

P: (Con énfasis y arrogancia): Eso lo *digo* pero no lo siento, lo pienso pero no lo siento.

⁸ Recuérdese el episodio de los lentes de contacto.

A: Pero ese argumento es muy equívoco: en cuanto usted decide que lo que dice no lo siente, yo ya no puedo interpretar nada. (Justamente porque se coloca en esa actitud esta interpretación no vale.)

Meses después aparece la misma actitud polémica a propósito de un sueño, pero yo puedo comprenderla mejor. Era un momento en que alternaba entre la homosexualidad y la heterosexualidad, con vivo temor a la locura y a la penetración genital. En el sueño *ella va a dar examen acompañada por una compañera que habla dormido en su casa. En el camino encuentran un levantamiento popular y regresan asustadas. Queda disconforme por haberse asustado*. Interpreté que el sueño parecía expresar su conflicto entre la homosexualidad (la compañera que duerme en la casa) y la heterosexualidad (el examen). Le sugiero que el levantamiento popular debe ser la (temida) erección del pene: no puede enfrentarla y se refugia en un lugar seguro, la casa, la madre, la compañera.

Acepta con una sonrisa cordial; pero... otro analista hubiera podido interpretar algo muy distinto, quizá que rehuye la responsabilidad social. De ahí que siempre le parezca insuficiente el psicoanálisis. No es que mi interpretación sea incorrecta, es insuficiente; no abarca toda su problemática.

Luego de vacilar un momento dice que tiene, en realidad, un gran conflicto con el pene, conflicto cuya nota principal es la decepción. Después de haberle temido tanto tiempo, ahora se excita y lo desea; pero el pene le falla porque nunca la penetra bien en erección. Es siempre demasiado chico, o su vagina grande; y queda insatisfecha.⁹

Sugiero que trata mi interpretación como un pene demasiado pequeño que la deja insatisfecha; pero insiste en que yo dejo de lado lo social.

Respondo que, así como ella critica e incluso hasta desprecia mi interpretación porque es pequeña e insuficiente, también cree que yo desprecio su material dejando cosas de lado. (Considero esta interpretación acertada porque corrige la proyección de su peculiar disociación: *Verleugnung*, desmantelamiento.)

Reconoce que ella tiende a pensar que soy sectario y tendencioso. En otro tono, dice que la muchacha del sueño debe ser homosexual y agrega material confirmatorio sobre su temor al pene erecto.

Cuatro años después estaba casada y empezaba a considerar la posibilidad de terminar su tratamiento, cuando el marido le anunció que quería separarse luego de casi tres años de vida en común. Reaccionó con extrema desesperación, porque pensaba que sin él no podría vivir.

Consumada la separación, sintió que todo se venía abajo. Temía una recaída en la homosexualidad, que sobrevino. Durante esta época, su tono desafiante y polémico me obligaba a ser muy cauto al interpretar observando atentamente mi contratrasferencia para evitar en lo posible la contraidentificación proyectiva (Grinberg, 1956, 1976a). Cualquier in-

⁹ El trastorno opuesto al vaginismo, menos frecuente y estudiado. (Garma me lo señaló en una comunicación personal.)

interpretación era considerada una descalificación, con lo que a su vez me descalificaba. Afirmaba que era definida y definitivamente homosexual y que se había casado exclusivamente para conquistar mi amor (¡de padre!). Simultáneamente me caracterizaba como una madre anticuada y egoísta que sólo busca casar a sus hijas para desentenderse de ellas. Yo debería haber visto hasta qué punto era ficticia la relación con Pablo e interpretarla. No lo hice porque quería curarla a toda costa. Si lo hubiera hecho —reconocía— me habría vivido como su eterno prohibidor.

Su convicción de tener que complacerme a toda costa era compatible con la no menos firme de que yo no aceptaba su vuelta a la homosexualidad, a pesar de que siempre interpreté esta nueva experiencia —porque así lo sentía—¹⁰ como un deseo de decidir por sí misma el destino de su identidad sexual. Le recordé sueños en que había huido de la homosexualidad como de una cárcel dejando a un hermano en su lugar (Etchegoyen, 1970, págs. 466-71), y le dije que había vuelto para lograr un desenlace más honesto y auténtico.

El diálogo analítico le resultaba difícil y una voz interior la prevenía de que sólo me contara lo que me complacía. (¡Lo único que no cabía en su necesidad de complacerme era asociar libremente!)

Empezó a darse cuenta de que ni la homosexualidad ni la heterosexualidad la satisfacían y que, a fuerza de ponerse en el lugar del otro para complacerlo (o desafiarlo), nunca encontraba el propio.

Cuando la nueva experiencia homosexual se agotó por sí misma, volvió a tener la sensación de estar curada. Su relación con la homosexualidad, decía, había cambiado: ya no era algo malo y abominable sino simplemente cosa del pasado. Durante esos meses había sentido que dentro de ella se reconstruía una imagen de hombre que la orientaba hacia un futuro heterosexual.

Cumplidos nueve años de análisis sus síntomas habían remitido, sus relaciones de objeto eran más maduras y no rehuía como antes sus sentimientos depresivos.¹¹ Su tipo de relación trasfereencial mostraba, sin embargo, aunque atenuadas, las características de siempre. Afirmaba rotundamente que no iba a darle el alta o bien que iba a hacerlo para sacármela de encima; y oscilaba de una a otra convicción en forma brusca y versátil, sin que sus afirmaciones previas pudieran servirle de *feed back*. Estas características se fueron haciendo más egodistónicas y rectificables hasta que, a mediados de un mes de mayo, acordamos terminar a fin de ese año, lo que le despertó mucha angustia.

Al mes de este acuerdo llegó un viernes muy tarde y dijo que no tenía ganas de venir. Reconoció que estaba enojada y se sentía infantil, egoísta. Antes creía que yo estaba dispuesto a todo con tal de atenderla por-

¹⁰ Libre del deseo de «curarla», en ese momento me sentía dispuesto a que la enferma efectivamente tomara su propio camino. Esto había sido difícil para mí porque su alegato se dirigía en el fondo a demostrarme que, por el solo hecho de haberla tomado en análisis, yo denunciaba mi prejuicio frente a la homosexualidad.

¹¹ En los comienzos del tratamiento solía tildarme de ideólogo de la depresión, con lo que daba en el talón de Aquiles de mi ideología científica.

que ella y yo éramos uno. Ahora, en cambio, tenía que hacer un esfuerzo para que yo la analizara. Cuando se separó de Pablo empezó a romperse esa ilusión de unidad, ya que lo hizo siguiendo su propio impulso y creyendo que yo me oponía.

P: Cuando me separé de Pablo empecé a sentir que usted no es todo para mí y yo no soy todo para usted. Yo no sé desde dónde decido lo que a usted lo va a complacer. Siempre he estado muy segura de lo que le iba a gustar o disgustar de mí; pero ahora caigo en la cuenta de que esta opinión es muy subjetiva. *(Considero que estas asociaciones muestran una rectificación importante.)*

A: Separarse de Pablo era también separarse de mí abandonando esa idea de absoluto acuerdo que nos unificaba. *(Una de las razones del alegato, es justamente, restituir esta unidad.)*

La sesión siguiente vino tarde, hostil y angustiada, diciendo que le resultaba muy difícil hablarme.

P *(con énfasis)*: Hoy usted para mí no es un analista sino alguien que quiere que yo venga aquí todos los días de mi vida, todos los años que me quedan de vida. *(Silencio.)* Al escucharme pienso que estoy loca, que no puede ser que yo sienta esto. Sin embargo, es lo que siento. Al mismo tiempo pienso que estoy tratando de desnaturalizar todo, porque no sé por qué no quiero pensar que, en realidad, usted me ha dicho que yo me puedo ir. *(El trastorno es el mismo, Verleugnung, desmantelamiento; pero ahora es egodistónico.)*

A: De alguna parte ha de derivar esa idea. *(Prefiero estimular su asociación antes que saturarla con una interpretación, por otra parte obvia.)*

P: Creo que no puedo entender que usted me dice que me puedo ir. Porque, ¿qué sentido va a tener mi vida cuando yo no venga más aquí? Entonces... hay otro paso que me lleva a sentir que usted no me quiere ayudar, que quiere mantenerme aquí encerrada.

A: Ese paso parece ser el momento en que usted coloca en mí su propio deseo de venir siempre. *(Empiezo a corregir la proyección.)*

P: Yo no siento mi propio deseo de venir siempre. Por eso lo siento a usted como alguien que quiere tenerme encerrada, en lugar de sentirme yo como alguien que no quiere dejarlo a usted en paz, que es lo que debiera sentir. *(Angustia depresiva.)* Tengo miedo de sentirme desprotegida si no estoy encerrada.

A: Cuando usted siente que yo quiero hacerla venir toda la vida se encuentra encerrada, pero más protegida que cuando le digo que se vaya.

P: Cuando digo que usted me quiere mantener encerrada digo una locura; pero la verdad es que usted se transforma en ese momento en otro.

A: Me transformo en otro cuando usted se mete dentro de sí para quedar protegida y encerrada. *(Aquí puedo interpretar concretamente la identificación proyectiva y la consiguiente pérdida de identidad y claustrofobia.)*

Esta interpretación puede aceptarla sin conflicto y la completa diciendo que, al sentirse loca, vuelve a colocarme en la necesidad de seguir cuidándola.

En la sesión siguiente, sin embargo, refractaria y angustiada, afirma que si consiento su alta es porque quiero separarme de ella y no la quiero. Se siente infantil y tonta. (Lo infantil puede expresarse ahora; pero no domina al yo.) Temía, al mismo tiempo, que yo modificara mi posición al verla mal. Le digo que la idea de que no le iba a dar nunca de alta la preservaba de la *desilusión* que ahora siente (Winnicott, 1953).

P: Es como si hubiera vivido diez años para analizarme y para usted. Tengo miedo de que ese espacio vuelva a reconstruir el vacío de mi vida anterior y que todo pierda sentido. Creo que en el fondo de mi corazón siempre pensé que usted nunca me dejaría ir.

5. Consideraciones finales

He presentado este material con el deseo de ofrecer datos empíricos sobre el desarrollo de la perversión de transferencia, los recaudos técnicos que permiten resolverla y los errores más frecuentes en su manejo.

La erotización del vínculo analítico, un tipo peculiar de relación narcisista de objeto que trata de construir permanentemente una ilusoria unidad sujeto-objeto, la utilización de la palabra y el silencio para provocar excitación e impaciencia en el analista son rasgos que aparecen con regularidad cronométrica en el análisis de estos pacientes, lo mismo que una actitud polémica y desafiante, latente por lo general, que debe ser descubierta y referida a la disociación del yo, a la confusión sujeto-objeto y a la transformación de la pulsión en ideología. Para el analista, este último factor es decisivo.

Es importante señalar que la disociación yoica, los problemas ideológicos, el alegato y el desafío *persisten durante toda la marcha del análisis*. Me llamó la atención que, hasta último momento, la paciente mantuvo las características perversas de la transferencia, aunque en un nivel que se acercaba más y más a la normalidad. Ella permanecía fiel a sus propias pautas, mientras yo, dominado por la idea de «neurosis de transferencia», esperaba en vano que, con el progreso de la cura, la transferencia pasara de lo perverso a lo neurótico. Razón muy convincente, a mi juicio, para sostener el concepto de *perversión de transferencia*.

15. Trasferencia temprana:

1. Fase preedípica o Edipo temprano

1. Repaso

En los capítulos previos revisamos el concepto de neurosis de transferencia procurando darle un sentido más específico al compararlo y contrastarlo con otras formas psicopatológicas. Como seguramente el lector recordará, hay autores que prefieren hablar de neurosis de transferencia y formas especiales de transferencia, como por ejemplo Sandler *et al.* (1973). No existe para ellos propiamente una psicosis de transferencia, sino una neurosis de transferencia donde la psicosis pone un sello especial. Nosotros tomamos una posición opuesta y afirmamos que el fenómeno transferencial en la psicosis está basado en su especial y autóctona psicopatología. Si queremos entender la transferencia en el psicótico y al psicótico mismo, tenemos que descubrir la forma específica de transferencia que le corresponde.

Este concepto tarda en imponerse y, sin embargo, una vez comprendido, uno se da cuenta que no podría ser de otra forma. ¿Qué se puede esperar de un adicto sino que trate de mantener con el analista el vínculo propio de su enfermedad tomándolo por una droga?

Dijimos, además, que nunca existe un cuadro de neurosis pura sino que hay siempre, en cada caso, una mezcla de aspectos neuróticos y psicóticos, psicopáticos, adictivos y perversos; y, consiguientemente, siempre va a haber una psicosis de transferencia y una psicopatía de transferencia, etcétera, concomitantes a la neurosis de transferencia en sentido estricto. Los ingredientes cambian en cada caso y también de momento a momento, de sesión a sesión, de minuto a minuto, y esto nos obliga a estar siempre atentos, prestando preferente atención a los fenómenos que dominan el cuadro clínico, que de hecho lo caracterizan en cada circunstancia. La otra metodología, en cambio, es más peligrosa por cuanto nos puede llevar a imponer al paciente el tipo neurótico de funcionamiento cuando no es el que le cuadra. En otras palabras, si somos más precisos al describir los hechos, mejor podremos comprender a nuestros pacientes.

Puede ser que, por razones tácticas, en un momento dado tratemos de reforzar los aspectos neuróticos de la transferencia, que son los más accesibles; pero tendremos que ser plenamente conscientes de que estamos haciendo algo que tiene que ver con el *manejo* de la situación transferencial y no estrictamente con su análisis. Por otro lado, siendo por definición la neurosis de transferencia la parte del paciente más cercana a la

realidad, todo lo que pueda legítimamente reforzarla será bueno, siempre que no se confunda reforzar con estimular.

El tema de este capítulo, la *trasferencia temprana*, implica una nueva ampliación del concepto de transferencia (o de neurosis de transferencia). Es otra «forma especial» de transferencia, que ya no tiene que ver con la configuración psicopatológica sino con el desarrollo, con criterios evolutivos.

Para empezar, conviene darse cuenta de que, por el solo hecho de tratarlo, ya estamos tomando una posición frente a este tema, es decir que pensamos que esta transferencia existe y que se la puede definir, caracterizar y estudiar con los métodos del psicoanálisis. Si bien es este un punto de vista todavía controvertido, pienso que hay una franca tendencia a aceptarlo cada vez más.

2. La neurosis infantil

La neurosis del adulto, ha dicho reiteradamente Freud, y después también Wilhelm Reich en su *Análisis del carácter* (1933), tiene siempre su raíz en la infancia, en la llamada *neurosis infantil*; y esta es la que aparece en análisis como neurosis de transferencia en sentido estricto.

Ahora bien, la neurosis de transferencia está indisolublemente ligada a la situación edípica. Se alcanza el nivel de integración neurótica cuando se logra superar una etapa del desarrollo —larga no tanto en tiempo cuanto en esfuerzo— que nos lleva hasta el punto en que ya se puede diferenciar el yo del objeto y también los objetos entre sí, en que se puede reconocer que hay un padre y una madre, frente a los cuales tenemos que establecer una estrategia relacional. A este tipo de vínculo, que, como demostró Freud, está muy ligado a factores instintivos, es a lo que se le llama *complejo de Edipo*. Como dice Elizabeth R. Zetzel (1968) sólo cuando se ha logrado superar el nivel diádico del desarrollo es que puede plantearse verdaderamente la situación edípica. Desde este punto de vista, el complejo de Edipo implica un grado de maduración muy grande, en cuanto significa haber resuelto los problemas con cada uno de los padres por separado y estar en condiciones de establecer una relación con ambos simultáneamente. A este nivel de desarrollo corresponde estrictamente, repitámoslo, la neurosis de transferencia.

Muchos autores, sobre todo psicólogos del yo, piensan que sólo cuando se alcanza este grado de maduración es factible el tratamiento psicoanalítico, porque entonces el futuro analizado será capaz de distinguir entre realidad y fantasía, entre lo externo y lo interno o, en términos más técnicos, entre la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica. Si esa etapa del desarrollo no ha sido alcanzada, el individuo será inanalizable, porque no va a poder colaborar con nosotros y porque, desde luego, los azares de la relación analítica lo van a llevar, por vía de la regresión, a los problemas no resueltos del comienzo de su vida.

3. El desarrollo preedípico

Nadie duda, por cierto, que hay un desarrollo psicológico que se extiende desde el nacimiento (o antes) hasta que el niño ingresa al conflicto edípico tal como acabamos de describirlo; pero ¿qué pasa, entonces, *antes* del complejo de Edipo? Se ubica allí, justamente, la llamada *etapa preedípica*, que abarca los dos primeros años de la vida y corresponde a los estadios pregenitales del desarrollo, oral y anal.

Es clara para todos, por cierto, la importancia de esta etapa. Freud se ocupó de ella reiteradamente, en especial en sus trabajos sobre la sexualidad femenina (1931b, 1933a, conferencia n° 33), donde afirma que en la mujer asume un carácter particularmente importante; pero quien inició formalmente su estudio fue Ruth Mack-Brunswick con su caso de delirio de celos, publicado en 1928.

Se trataba de una mujer de 30 años, casada, que fue remitida al análisis por fuertes sentimientos de celos y un serio intento de suicidio. Era la menor de cinco hermanos y su madre había muerto cuando ella tenía tres años. Su hermana mayor, que le llevaba diez, la había criado como madre sustituta. Débil mental y promiscua, esta hermana, Luisa, fue toda la vida enurética y murió de parálisis juvenil en un hospital psiquiátrico de Viena.

La paciente se casó a los 28 años y poco después comenzó el delirio de celos con la idea de que su esposo había tenido relaciones con la madrastra. Estas ideas pronto la dominaron por completo y empezó a sentirse observada por la gente en la calle.

Poco después de la muerte de su primera esposa, el padre se había vuelto a casar, y con la llegada de la madrastra la paciente fue enviada a vivir al campo con unos parientes lejanos, donde estuvo desde los 4 a los 11 años. Cuando tenía 5, sin embargo, fue traída del campo para pasar un tiempo en su casa. Tres años después de su regreso definitivo al hogar, su hermana, entonces de 24, ingresó al hospital psiquiátrico donde murió un lustro después.

El análisis fue breve, ya que sólo duró dos meses y medio; pero fue sin duda intenso y la analista no dejó de utilizar la técnica activa cuando le pareció necesario. A partir de los sueños y de la transferencia se pudo reconstruir una época de juegos sexuales con la hermana, que se iniciaron cuando la paciente tenía 2 años y se interrumpieron a los 4, al ser sacada de la casa. Los juegos, que consistían en masturbación clitoridiana recíproca en la cama y en el baño, se reprodujeron en muchos de los sueños del análisis, facsimilarmente en uno de ellos, que se transcribe: «Una persona a quien la paciente llama Luisa pero que por todos los otros aspectos soy yo, la acuesta en la cama con ella. La paciente se acuesta con la cabeza sobre los pies de la hermana para alcanzar mejor los genitales. Luisa tiene alrededor de doce años y la paciente alrededor de dos y es muy pequeña. Se masturban recíprocamente, en forma simultánea. Luisa le enseña a mantener con una mano los labios abiertos y a frotar el clitoris con la otra. Todo el acto tiene lugar bajo las cobijas. De pronto

tiene el orgasmo más intenso que recuerda, una convulsión de todo su cuerpo seguida, un momento después, de la misma reacción de parte de su hermana. Luego Luisa la toma con amor entre sus brazos y la abraza estrechamente. El sueño posee una sensación de absoluta realidad» (1928b, pág. 627).

Más adelante recordó que cuando estuvo de vuelta en la casa a los 5 años los juegos sexuales con la hermana asumieron otro carácter, con estimulación vaginal (y no sólo clitoridiana).

Al sentar sus conclusiones sobre este caso Mack-Brunswick considera que el ligamen de la paciente con la hermana ocurrió en un punto muy precoz del desarrollo, cuando tenía un año de edad, época en que, por la enfermedad de la madre, la hermana se hizo cargo de su crianza.

Afirma la autora, asimismo, que «el punto más sorprendente en este caso es la ausencia total del complejo de Edipo» (pág. 649). El material es radicalmente preedípico y el padre no interviene para nada. No se trata de una regresión a partir del complejo del Edipo, precisa Mack-Brunswick, sino de una fijación a un estadio anterior, lo que sólo puede explicarse por el trauma homosexual precoz y profundo que sobrevino en el nivel preedípico.

4. La fase preedípica de relación con la madre

Mack-Brunswick siguió su investigación por una década en estrecho contacto con Freud y la publicó en el número donde el *Psycho-Analytic Quarterly* conmemoró la muerte del maestro. Para su autora, el punto de partida de su investigación es el delirio de celos de 1928, que «reveló una rica e insospechada información concerniente a un periodo hasta ahora desconocido, precedente al complejo de Edipo, siendo denominado en consecuencia preedípico» (*Revista de Psicoanálisis*, vol. 1, pág. 403).

En este trabajo, «La fase preedípica del desarrollo de la libido», Mack-Brunswick define con precisión esta etapa como «el periodo durante el cual existe una relación exclusiva entre el niño y la madre (*ibid.*, pág. 405). El niño reconoce, por cierto, a otros individuos en el mundo exterior, y especialmente al padre; pero no todavía como rival.

Al comienzo, lo que mejor define la relación de objeto es la polaridad *activo-pasivo*. El papel de la madre es activo, no femenino; y tanto el niño como la niña dan por sentado que todos los seres tienen un genital como el suyo. Es la etapa que Jones llamó *protofálica* en el Congreso de Wiesbaden de 1932.¹ Con el descubrimiento de que hay seres que tienen un órgano genital distinto se establece un segundo par de antítesis, *fálico-castrado* (etapa *deuterofálica* de Jones). Para Mack-Brunswick el período fálico comienza al final del tercer año, cuando el niño está interesado en la diferencia de los sexos y se desarrolla el complejo de Edipo, con las particularidades que Freud establece para el niño y la niña.

¹ Jones, «The phallic phase» (*International Journal*, 1933).

Si bien sigue de cerca las ideas de Freud sobre la fase fálica (1923e) y la sexualidad femenina, Mack-Brunswick propone cambios significativos que la acercan en ciertos puntos a Klein, por ejemplo su afirmación de que el deseo de un bebé es en ambos sexos previo al deseo (de la mujer) de tener un pene,² si bien Mack-Brunswick lo explica por una identificación (primaria) con la madre activa y, en consecuencia, no tiene que ver con el complejo de Edipo ni con la pulsión genital.³

La tercera polaridad, la de *masculino-femenino*, sólo se alcanza para Mack-Brunswick con la maduración sexual de la adolescencia y el descubrimiento por ambos sexos de la vagina.

5. El complejo de Edipo temprano

Un poco antes de la investigación de Ruth Mack-Brunswick se desarrolla la de Melanie Klein. En varios de sus trabajos ella describe los conflictos del niño en los primeros dos años de la vida. Entre otros de la misma década sobresale en este punto el que presentó al Congreso de Innsbruck en 1927, «Early stages of the Oedipus conflict», que apareció en el *International Journal* del año siguiente.

Klein usa el término *desarrollo temprano* y no preedípico, porque para ella el complejo de Edipo aparece antes de lo que decía Freud: lo describe al final del primer año de la vida (1928), en la mitad del primer año (1932) y a los tres meses (1945, 1946). Para diferenciarlo del que Freud describió a los tres años se le llama a este *complejo de Edipo temprano*, donde los objetos no son totales, el padre y la madre no están discriminados y todo el drama transcurre en el cuerpo de la madre con la llamada *pareja combinada*, el cuerpo de la madre que contiene el pene del padre. En otras palabras, el niño para Klein establece una relación muy precoz con el cuerpo de la madre y en cuanto empieza a discriminar un objeto especial que está allí dentro, que es el pene del padre, ya ingresa en la situación edípica.

En Innsbruck Melanie Klein proclama que el complejo de Edipo se inicia hacia el final del primer año de la vida y describe la relación del niño con el cuerpo de la madre donde, al compás del establecimiento de la fase anal y la catexia de las heces, se instaura lo que ella llama la *fase femenina* de valor fundamental en el desarrollo de ambos sexos.

El concepto de transferencia temprana es el corolario natural de estas hipótesis, si bien la idea se va redefiniendo y precisando a lo largo de los años.⁴

² «Contrary to our earlier ideas, the penis wish is not exchanged for the baby wish which, as we have seen, has indeed long preceded it» (*The psycho-analytic reader*, pág. 245).

³ Para una comparación más detallada entre Mack-Brunswick y Klein, véase R. II, Etchegoyen *et al.* (1982b).

⁴ Es importante señalar que ya en 1929, en «Personification in the play of children»,

6. Los orígenes de la transferencia

Conviene recalcar que el concepto de transferencia temprana se apoya para Klein en hechos de la base empírica, en lo que ella descubre en los años veinte con su técnica del juego; pero la formalización de sus hallazgos tardó en llegar. El artículo que se titula «The origins of transference» fue presentado en el Congreso de Amsterdam de 1951 y se publicó en el *International Journal* del año siguiente. Es claro y sistemático como pocos de Melanie Klein y es el único que escribió sobre el tema.

No deja esto de ser llamativo, porque, con o sin razón, una de las mayores objeciones que se le hacen a Klein es que interpreta demasiado la transferencia. Los analistas que en Buenos Aires o Montevideo abandonaron la teoría kleiniana para volver a Freud o dirigirse a Lacan, registran ellos mismos que uno de sus primeros cambios fue empezar a poner menos énfasis en la transferencia. Este cambio en la praxis se sustenta con varios argumentos teóricos, por ejemplo, que hay que atender más a la historia que al presente, es decir, que hay que reconstruir más que interpretar, que hay que interpretar *las* transferencias con las figuras importantes de la realidad no menos que con el analista, etcétera. Esta controversia debe quedar para más adelante, cuando estudiemos la interpretación; pero aquí cabe decir que en estos planteos hay mucho de ideológico. La verdad es que nunca se debe interpretar sobre la base de supuestos y es igualmente equivocado interpretar la transferencia donde no está que pasarla por alto.

Apoyada en la clásica definición de Freud en el epílogo al caso «Dora», Klein sostiene que la transferencia opera a lo largo de la vida entera e influye en todas las relaciones humanas. En el análisis el pasado se va reviviendo gradualmente y cuanto más profundamente penetremos en el inconsciente y más atrás podamos llevar el proceso analítico, tanto mayor será nuestra comprensión de la transferencia.⁵ De esta forma, Klein da un valor universal al fenómeno de transferencia y aboga por llevar su estudio a los niveles más arcaicos de la mente.

La afirmación básica de este trabajo es que las etapas tempranas del desarrollo aparecen en la transferencia y, por tanto, podemos captarlas y reconstruirlas. Esta aseveración informa implícitamente toda la obra kleiniana, no es nueva; pero aquí se la expone concretamente: la transferencia es un instrumento idóneo, sensible y confiable, para reconstruir el pasado temprano. Pocos años después, en el primer capítulo de *Envidia y gratitud* (1957) va a llamar «memories in feelings», *recuerdos de sentimientos* (o sensaciones), a estas reconstrucciones primeras. En ese capítulo, y apoyada en el Freud de «Construcciones» (1937d), afirma que el método reconstructivo del psicoanálisis es válido para desbrozar la rela-

Melanie Klein da un concepto original de la transferencia, del que nos ocupamos oportunamente, según el cual la transferencia tiene que ver con la personificación, un doble mecanismo de disociación y proyección, gracias al cual el yo logra disminuir el conflicto interno con el superyó y el ello, colocando en el analista las imágenes internas que le provocan ansiedad.

⁵ *Writings*, vol. 3, pág. 48.

ción del niño con el pecho. En esto reposa, justamente, su discutida afirmación de que existe una envidia primaria al pecho, porque ella la ve aparecer en la transferencia y de allí la reconstruye.⁶

7. Narcisismo y relación de objeto

La base teórica de este artículo es que la relación de objeto aparece de entrada, con el comienzo de la vida. Klein expone así, por primera vez, una discrepancia con Freud y con Anna Freud que viene de lejos. No sólo rechaza sin contemplaciones la teoría del narcisismo primario sino que va más lejos todavía al proclamar que la vida mental no puede darse en el vacío, sin relación de objeto: donde no hay relación de objeto tampoco hay, por definición, psicología. Hay, pues, *estados* autoeróticos y narcisísticos pero no estadios: *states*, no *stages*.

«The hypothesis that a stage extending over several months precedes object-relations implies that —except for the libido attached to the infant's own body— impulses, phantasies, and defenses either are not present in him, or are not related to an object, that is to say, they would operate in vacuo. The analysis of very young children has taught me that there is no instinctual urge, no anxiety situation, no mental process which does not involve objects, external or internal; in other words, object-relations are at the centre of emotional life. Furthermore, love and hatred, phantasies, anxieties, and defenses are also operative from the beginning and are ab initio indivisibly linked with object-relations. This insight showed me many phenomena in a new light» (Writings, vol. 3, págs. 52-3).

Esta firme toma de posición se inicia con lo que Klein observó en sus primeros años de labor con la técnica lúdica y llega a ser finalmente un planteo epistemológico y formal, que intenta dar cuenta del problema redefiniéndolo. Si bien es cierto que yo me inclino a seguir a Klein en este punto, considero que el problema está lejos de ser resuelto. La verdad es que, a medida que nos acercamos a los orígenes, las dificultades son mayores y el método analítico por excelencia, esto es, la reconstrucción del pasado a través de la situación transferencial, se hace cada vez más falible. Por otra parte, no hay que confiar que otros métodos puedan poner cerco al problema, porque a ellos les falta, justamente, lo que es la esencia del psicoanálisis, la transferencia, el fenómeno intersubjetivo. No quiero esto decir, de ninguna manera, que los otros métodos sean desdeñables: valen por sí mismos y pueden ser una ayuda importante para el psicoanálisis, pero no podemos endilgarles lo que es inherente a nuestra disciplina.

⁶ Sin proponérmelo, estoy rebatiendo a los que dicen que Melanie Klein interpreta y no reconstruye. La verdad es que Klein reconstruye, reconstruye mucho y a veces demasiado, sólo que sus reconstrucciones no siempre son como las de Freud, que no tienen en cuenta el desarrollo temprano. Cuando reconstruimos el desarrollo temprano no recuperamos recuerdos (encubridores) verbales sino engramas.

Klein afirma enfáticamente en su trabajo que ha sostenido esta teoría por muchos años, pero la verdad es que sólo aquí se pronuncia explícitamente. Es probable que Klein haya vacilado más de lo que ella misma piensa en abandonar la teoría del narcisismo primario o al menos en proclamarlo. Cuando a mediados de la década del treinta, viajó Joan Rivière a Viena para leer el 5 de mayo de 1936 «On the genesis of psychical conflict in earliest infancy»⁷ se ve que le cuesta abandonar la hipótesis del narcisismo primario; pero lo más significativo es que, cuando en 1952 publica ese trabajo en *Developments in psycho-analysis*, todavía sigue vacilando. Si, como parece legítimo, tomamos a Rivière como un vocero autorizado de la escuela kleiniana, quiere decir que las dudas persistían poco antes del Congreso de Amsterdam. Cuando interviene en la memorable polémica de Joan Rivière y Robert Walder, Balint (1937) dice que la teoría del narcisismo primario unifica en alguna forma a Viena (Anna Freud) y Londres (Melanie Klein). Es la escuela de Budapest (Ferenczi) la que no tiene temor en denunciarla, con lo que Balint llama, siguiendo a Ferenczi (1924), *amor objetal primario*.

Yo creo, en fin, como Balint, que la decisión de abandonar el narcisismo primario como hipótesis se da antes en Budapest que en Londres. Aunque toda su obra esté orientada en esa dirección, Klein no se decide fácilmente a abandonar las teorías freudianas.⁸

8. Trasferencia y fantasía inconciente

Cuando se aplica la teoría de la fantasía inconciente para explicar la transferencia, el campo se amplía notoriamente. Esta teoría, formalizada por Susan Isaacs en las *Controversial discussions* de la Sociedad Británica de 1943 y 1944 (y publicada en el *International Journal* de 1948), es la columna vertebral de la investigación kleiniana. Según Isaacs, la fantasía inconciente está siempre en actividad, está siempre presente. Si esto es así, entonces podremos interpretar toda vez que captemos como está operando en un momento dado la fantasía inconciente. De este modo, el analista tiene mayor libertad para interpretar, sin necesidad de que haya una ruptura del discurso, como por ejemplo va a decir Lacan. El analista kleiniano no tiene que esperar esa ruptura del discurso, porque la fantasía subyace en el contenido manifiesto más coherente. Más allá de que yo hable con lógica irreproachable, debajo de lo que digo están mis fantasías a nivel de proceso primario.

Ahora bien, como expresión típica del sistema Icc la fantasía inconciente siempre opera, en algún nivel, con los objetos primarios y con esa

⁷ Se publicó en *International Journal* de ese mismo año y en *Developments in psycho-analysis*, en 1952. La nota en que Rivière refirma aunque atenúa su adhesión a la hipótesis del narcisismo primario figura en la página 41 del libro y está fechada en 1950.

⁸ Para más detalles, léase mi artículo «Notas para una historia de la escuela inglesa de psicoanálisis» (1981a).

porción de libido insatisfecha que los ha vuelto a cargar por vía regresiva (introversión). De esto se sigue, silogísticamente, que la transferencia está siempre aludida y, aunque en grado variable, siempre presente. Por esto dice Klein en Amsterdam que la transferencia opera no sólo en los momentos en que el paciente alude en forma directa o indirecta al analista —o en las rupturas del discurso, agreguemos—, sino *permanentemente* y que todo es cuestión de saber detectarla.

9. Pulsiones y objetos en la transferencia

Con lo que acabamos de ver, se comprende por qué los analistas kleinianos interpretamos más la transferencia, pero hay más todavía. Los analistas de esta escuela atendemos más que los otros la transferencia negativa y abarcamos, también, el desarrollo temprano.

Es distintivo de la técnica kleiniana el énfasis en la transferencia negativa. Sus detractores la critican porque insiste mucho en ella; los que la defienden dicen que simplemente no la rehúyen. Más allá de esta controversia, queda en pie que los kleinianos interpretan más la transferencia negativa.

Desde sus primeros trabajos Melanie Klein sostuvo que la transferencia negativa debe ser interpretada sin dilación ni vacilaciones.⁹ Es este un punto donde su polémica con Anna Freud se hizo más patente. Anna Freud dijo en su *Einführung in die Technik der Kinderanalyse* (1927) que la transferencia negativa debe ser evitada en el análisis de niños, que es imprescindible reforzar en el niño los sentimientos positivos y encauzarlo con medidas pedagógicas. Melanie Klein, en cambio, va a decir desde sus primeros trabajos y no cambiará el resto de su vida que el analista debe interpretar siempre imparcialmente tanto la transferencia positiva como la negativa, sea su paciente un niño o un adulto, un neurótico o un psicótico. Es interesante señalar que, en este asunto, Anna Freud toma una posición muy estricta: cuando Hermine von Hug-Hellmuth leyó su trabajo pionero al VI Congreso Internacional de La Haya en setiembre de 1920¹⁰ abogó por interpretar tanto la transferencia positiva como la negativa. Anna Freud coincide con Hug-Hellmuth, en cambio, en que las medidas pedagógicas son necesarias en el análisis de niños, lo que Klein combate ardorosamente en el *Symposium on Child-Analysis* que tuvo lugar en mayo de 1927 en la Sociedad Británica.

Al entender el fenómeno transferencial con el instrumento teórico de la fantasía inconciente, Klein afirma por último, como ya lo hemos dicho, que se pueden recobrar en la transferencia aspectos ligados al desarrollo psíquico temprano. Esto implica que hay áreas de la transferencia que

⁹ Lo mismo decía en su Seminario de Técnica de Viena Wilhelm Reich esos años, por cierto con otro *background* teórico.

¹⁰ Publicado en el *International Journal* en 1921: «On the technique of child-analysis».

tienen que ver con el pecho, con el pene, con la figura combinada. El campo se ha ampliado, pues, notoriamente.

La convergencia de estos tres factores, entonces, la acción continua de la fantasía inconciente, la interpretación de la transferencia negativa y la existencia de una transferencia temprana explican por qué los analistas kleinianos interpretamos la transferencia más que los otros. Se pueden cuestionar desde luego estos tres principios pero no reprocharnos inconsistencia entre nuestros principios y la praxis.

En el párrafo siguiente veremos cómo concibe Klein esa transferencia llamada temprana.

10. Angustias paranoides y depresivas en la transferencia

La tesis central del trabajo de Amsterdam es que la transferencia arranca de las angustias persecutorias y depresivas que inician el desarrollo.

Al comienzo de la vida, el niño tiene una relación diádica con el pecho de la madre donde predominan los mecanismos de disociación, que determinan la división del objeto en dos, bueno y malo, con la consiguiente escisión en el yo y los impulsos. Las pulsiones de amor se dirigen y a la vez se proyectan en el pecho bueno, que se transforma en el centro del amor del bebé y fuente de la vida, mientras que el odio se proyecta en el pecho malo, que despierta la angustia persecutoria y (lógicamente) la agresión. Durante este periodo, que configura la *posición esquizo-paranoide* y abarca los tres o cuatro primeros meses de la vida, el sujeto es básicamente egocéntrico y la preocupación por el objeto es nula.¹¹

La teoría de la relación (temprana) de objeto de Melanie Klein puede resumirse, pues, en una sola frase: el niño siente toda experiencia como el resultado de la acción de objetos. De esto se sigue que, lógicamente, los objetos serán clasificados en buenos o malos según sus acciones sean sentidas como positivas o negativas, beneficiosas o maléficas, con su correlato en el sujeto, la disociación del yo y la polarización de los instintos de vida y de muerte. Este tipo de relación en que predomina la angustia persecutoria y la escisión (*splitting*), se acompaña de sentimientos de extrema omnipotencia y mecanismos de negación y de idealización del objeto bueno (para contrarrestar la persecución).

Esta situación cambia a medida que van afianzándose los procesos de integración. El pecho bueno que da y el pecho malo que frustra se van aproximando en la mente del bebé y, por consecuencia, los sentimientos de amor por aquel empiezan a juntarse con los de odio por este, lo que trae un cambio radical frente al objeto, que Melanie Klein llama *posición depresiva*. Lo que mejor define a las dos posiciones kleinianas es, sin du-

¹¹ Como es sabido, en su ensayo de 1948 sobre los orígenes de la ansiedad y la culpa, Klein atenuó esta afirmación.

da, la naturaleza de la ansiedad, centrada primero en el temor a la destrucción del yo y luego en el temor a que el objeto (bueno) sea destruido, y, con él, el mismo yo.

Para Melanie Klein la posición depresiva es básica para el desarrollo, estructura el psiquismo y la relación del sujeto con el objeto, con el mundo. Implica la capacidad de simbolizar y de reparar, de separarse del objeto y concederle autonomía.

Conjuntamente con la posición depresiva se inicia el complejo de Edipo (temprano), ya que los procesos de integración que acabamos de describir implican, por una parte, la autonomía del objeto y, por la otra, el reconocimiento del tercero.

Desde otro punto de vista, podemos decir que el desarrollo asienta para Klein en los procesos de proyección e introyección que operan desde el comienzo de la vida: aquellos condicionan la relación con el objeto externo y la realidad exterior; estos con el objeto interno y la realidad psíquica (fantasía). Y ambas se influyen mutuamente, ya que la proyección y la introyección funcionan de continuo.

Es justamente bajo la égida de estos dos procesos fundantes que se constituye la relación de objeto y se demarcan sus dos áreas, el mundo externo (realidad) y el mundo interno (fantasía). Se entiende, entonces, que para Klein la transferencia tenga que ver con mecanismos introyectivos y proyectivos, como en su momento afirmaron Ferenczi (1909) y Nunberg (1951), y que sostenga, también, que la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan la relación de objeto en los estadios más tempranos del desarrollo.¹² Se entiende, por esto, que Klein llegue a la conclusión de que la transferencia debe entenderse no solamente como referencias directas al analista en el material del analizado, ya que la transferencia temprana en cuanto hunde sus raíces en los estratos más profundos de la mente lleva a ver el fenómeno como mucho más amplio y abarcativo.¹³

¹² *Writings*, vol. 3, pág. 53.

¹³ *Ibid.*, pág. 55.

16. Trasferencia temprana: 2. Desarrollo emocional primitivo

1. Introducción

Como vimos en el capítulo anterior, el término *transferencia temprana* abarca los aspectos más arcaicos, más remotos del vínculo transferencial. Es un tema complejo y controvertido porque no hay para nada acuerdo entre los investigadores del desarrollo temprano. Además, sea cual fuere ese desarrollo, todavía hay que ver, después, si es susceptible de ser captado y resuelto en el análisis.

Seguimos el itinerario de dos grandes investigaciones, que inician en los últimos años de la década del veinte Melanie Klein y Ruth Mack-Brunswick. No creo ser parcial si afirmo que la obra de Klein es más trascendente que la de Mack-Brunswick, que por la enfermedad y la muerte no llegó a desarrollarse plenamente.

La ruta que abre Melanie Klein con sus trabajos de las décadas del veinte y del treinta gracias al instrumento que ella misma se procuró, la técnica del juego, culmina en la mitad del siglo con «The origins of transference» (1952a). Aunque se la combatió vivamente, la presencia del tema en el psicoanálisis actual parece darle la razón. No hay que olvidar que Anna Freud, la otra gran figura del psicoanálisis de niños, pensaba que de ninguna manera era posible tener acceso a esta área, y así lo afirmaron muchos esclarecidos analistas, como por ejemplo Robert Wälder (1937) en su viaje a Londres.

Después de Melanie Klein ha habido por cierto otros investigadores que se ocuparon del tema, corroborando algunos de sus puntos de vista y rectificando o refutando otros. Mencionemos entre los principales a Winnicott, Meltzer, Margaret Mahler, Bion, Kohut, Bleger, Kernberg, Esther Bick y Balint. De ellos vamos a tomar como eje de nuestra exposición a Winnicott, que ofrece un desarrollo original y atrayente, mientras que consideraremos a los otros en su oportunidad, esto es, cuando se relacionen con la técnica psicoanalítica.

Sin ánimo de reabrir polémicas que ya están clausuradas, voy a decir que en tres momentos de su carrera tropezó Melanie Klein con una fuerte oposición del *establishment* psicoanalítico: cuando presentó sus primeros trabajos en Berlín al comenzar la década del veinte, unos diez años después al introducir el concepto de posición depresiva y, por fin, cuando en los últimos años de su existencia propuso la teoría de la envidia primaria.

El énfasis que ponía Klein en el sadismo oral y su forma de interpre-

tar directamente a los niños las fantasías sexuales causaron mucho revuelo en Berlín, a pesar de que Klein no hacía más que confirmar los hallazgos de Abraham, jefe indiscutido de los analistas alemanes. Estas tensiones, sin embargo, duraron poco, porque Klein dejó Berlín y se instaló en Londres en 1926, poco después de la muerte de Abraham en la Navidad de 1925.

En Londres hubo una época en que toda la Sociedad estaba alrededor de Melanie Klein, hasta mediados de la década del treinta; pero, cuando escribe «A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states» para el Congreso de Lucerna de 1934, hubo ya muchos que no la siguieron, entre otros Glover, que se declaró abiertamente en desacuerdo, considerando que se había apartado por completo de Freud y el psicoanálisis.

El tercer momento de tensión sobrevino en 1955, cuando presentó en el Congreso de Ginebra su trabajo sobre la envidia. Allí se apartaron resueltamente Paula Heimann, que había sido su mano derecha durante muchos años, y Winnicott, que es quien en este momento nos interesa. Cuando en marzo de 1969 se realizó en la Sociedad Británica el llamado *Simposio sobre envidia y celos*, que nunca se publicó, Winnicott declaró formalmente que, a partir de ese momento, tenía él una discrepancia mayor con Melanie Klein; que no quería ser injusto y desagradecido pero creía que con ese trabajo Melanie Klein había tomado un camino equivocado: la idea de envidia primaria es insostenible.¹ Como es sabido, Winnicott nunca había aceptado la teoría del instinto de muerte, y no puede sorprender, entonces, que no admitiera una envidia primaria.

La idea básica de Melanie Klein en general era que el chico puede sentir envidia por el pecho que lo alimenta y que lo alimenta bien. Esta idea fue y sigue siendo muy combatida, hoy tal vez menos que antes. Freud había dicho algo similar con respecto a la envidia del pene en la mujer, pero no había levantado objeciones tan fuertes. Paula Heimann dice en el mismo Simposio, cuando se separa de Melanie Klein, que la introducción del concepto de envidia al pecho cambia sustancialmente la teoría de la libido, por cuanto los afectos vienen a ocupar el lugar de los instintos. Porque la envidia, en todo caso, es un afecto, un sentimiento; y ella no la puede seguir a Klein en esa flagrante desviación de la teoría instintiva. Paula Heimann, en realidad, podría haberle dicho eso mismo a Freud cuando introdujo la teoría de la envidia del pene para explicar la psicología de la mujer. Sin embargo, las cosas no son puramente científicas. Ni Paula Heimann ni Winnicott se sienten incompatibles con Freud, a pesar de que podrían estarlo tanto o más que con Klein.

Podría decir, en conclusión, que Glover deja de ser kleiniano con la teoría de la posición depresiva y Winnicott con la teoría de la envidia primaria. Empero, lo que a nosotros nos interesa, no es absolver posiciones sino señalar la ubicación y el punto de partida de Winnicott, autor que hace un desarrollo muy personal y creativo a partir de Melanie Klein.

¹ Cito de memoria pero creo que fidedignamente, ya que pude leer el Simposio pero no transcribirlo, porque no es un documento público.

2. El desarrollo emocional primitivo

Winnicott separa nitidamente el desarrollo emocional primitivo del resto del desarrollo humano. El desarrollo emocional primitivo comprende los primeros seis meses de la vida, y esos primeros meses son muy importantes. Los plazos para Winnicott no son para nada fijos. Winnicott critica a Klein su forma demasiado fija y precoz de datar el desarrollo; él, por cierto, no tiene nada de obsesivo.

La etapa primera, la que corresponde al desarrollo emocional primitivo, está signada por el narcisismo primario y, por tanto, no hay relación de objeto, ni hay, tampoco, estructura psíquica. Esta es una diferencia fundamental entre Winnicott y Klein, que en un momento dado de su investigación rompe resueltamente con la hipótesis del narcisismo primario y que además siempre había sostenido que existe un yo de entrada.

Winnicott mantiene (o vuelve a) la idea de narcisismo primario y esto significa, en primer lugar, que va a aseverar decididamente que sí durante los primeros meses de la vida no hay una estructura psíquica, mal se puede explicar el comienzo del desarrollo en términos de impulsos o fantasías. De ahí deriva, con mucha coherencia teórica, la idea de que el chico requiere al comienzo de la vida un ambiente adecuado y que el destino del desarrollo emocional primitivo está totalmente ligado a los cuidados maternos. Es interesante ver qué consecuencias saca Winnicott de esta forma de entender el desarrollo para dar cuenta de los fenómenos que se dan en la transferencia. Dado que esta parte del desarrollo se puede decir que no es mentalizada, Winnicott va a llegar a pensar que el desarrollo emocional primitivo estará vinculado con alguna función del analista que es isomórfica con la de los cuidados maternos.

Sin desconocer que los cuidados maternos son importantes, Klein cree, en cambio, que el niño participa de entrada. Winnicott no lo piensa, ya que el chico no tiene mente. Según él, la mente aparece para compensar la deficiencia de los cuidados maternos. Con esto empalma una de las ideas más importantes de Winnicott, la de *false self*, que desarrolla a lo largo de toda su obra y en especial en «Ego distortion and the true and false self» (1960a). El *false self* es siempre consecuencia de una falla de la crianza, y a tal punto que, a poco que las circunstancias externas permitan abandonar esa situación, el individuo lo va a hacer. Si el analista sabe conducir el análisis y le da al paciente la oportunidad de regresar, el individuo vuelve para atrás y empieza de nuevo su camino. Winnicott sostiene, no sin cierto optimismo, que nacemos con un deseo de crecer puro y que, si el medio no interfiere demasiado, ese deseo nos lleva hacia adelante. Klein, en cambio, es más escéptica; piensa que toda persona quiere crecer y quiere no crecer, o, para decirlo en sus propios términos, hay un impulso a la integración pero también un impulso a la desintegración, en consonancia con su declarada adhesión a la teoría dualista de los instintos. Es evidente que el conflicto entre crecer y no crecer, entre avance y retroceso, entre integración y desintegración aparece continuamente en el consultorio; pero podría ser que Winnicott tuviera razón al fin y a la

postre, que el impulso originario a crecer existía sin conflicto en el principio de la vida y que fueron las malas experiencias las que lo sofocaron. Estas hipótesis son, por su índole, como se comprenderá, de difícil refutabilidad. (Volveremos sobre este tema en el capítulo 41, cuando hablemos de la regresión como proceso curativo en el setting analítico.)

3. El narcisismo primario según Winnicott

En el capítulo anterior dedicamos un tiempo a los fundamentos con que Melanie Klein rechaza la hipótesis del narcisismo primario. Dijimos que, para ella, hay estados narcisistas, esto es, momentos en que se abandona la relación con el objeto externo y se paralizan los procesos de proyección e introyección; pero no una etapa narcisista en que la libido carga al yo antes de aplicarse al objeto, como dice Freud. Digamos, de paso, que Klein recuerda que Freud vacila en este punto y cita el artículo de la *Enciclopedia* (1923a), para concluir que su desacuerdo con Anna Freud es más radical que con el padre del psicoanálisis.

Más cerca en este punto de Anna Freud que de Melanie Klein, Winnicott dice, de hecho, concretamente, que existe una etapa de narcisismo primario, que coincide con lo que él llama desarrollo emocional primitivo. Hay, sin embargo, un punto en el que Winnicott se acerca a Klein, porque le reconoce al niño en ese estado una capacidad creativa. El chico tiene la capacidad de crear el objeto, en el sentido de *imaginar* que hay algo en lo cual su hambre puede ser satisfecha. A su vez la madre es capaz de proveer el objeto real (y acá real querrá decir objetivo, lo que no es imaginado). Si la madre acerca el pecho y le da la leche, ofrece un punto de coincidencia que lleva al niño a pensar que él ha creado ese objeto. En ese sentido, dice Winnicott, ese objeto es parte del chico, es decir que no se ha modificado la estructura narcisística; pero, al mismo tiempo, se ha creado algo nuevo, que Winnicott llama el *área de la ilusión*.

Winnicott emplea dos expresiones, que toma de la psiquiatría, para dar cuenta de este proceso: alucinación e ilusión. Ball definió la alucinación como una percepción sin objeto, mientras que en la ilusión el objeto existe pero su percepción está distorsionada. El chico primero alucina el pecho y, cuando la madre se lo da, tiene la *ilusión* de que ese objeto ha sido creado por él. En otras palabras, el bebé alucina el pecho como algo que tiene que existir para su impulso y, luego que la madre le da el pecho, como el objeto ahora existe en la realidad, la alucinación se transforma en ilusión, en el sentido psiquiátrico de estas palabras. Por esto dice Winnicott bellamente que la fundamental tarea de la madre es ir desilusionando paulatinamente a su bebé, con lo cual va trasformando la situación, inicialmente alucinatoria y luego ilusoria, en real. De esta forma se establece la relación de objeto: en el momento en que yo me doy cuenta de que el pecho no es producto de mi creación sino que tiene autonomía, habré hecho el pasaje del área de la ilusión a la de la relación de objeto.

La concepción winnicottiana presenta en este punto algunas diferencias con Freud. El narcisismo que sostiene Freud me parece más estricto, mientras que Winnicott postula que la idea del objeto está dentro del individuo y no proviene, por tanto, del primer engrama de satisfacción. Freud pone el punto de partida del desarrollo en la huella mnémica de la primera experiencia de satisfacción. Winnicott prescinde de la teoría de la huella mnémica y piensa, además, que su concepto de ilusión es previo al de fantasía inconciente de Klein e Isaacs, que ya implica al objeto. Hay más aparato psíquico para Susan Isaacs que para Winnicott, aunque la diferencia es para mí aleatoria en este punto y sirve quizá más para clasificar a los analistas por escuela que para caracterizar los hechos.

La distancia entre la fantasía inconciente de Isaacs y la alucinación de Winnicott no me parece muy larga, y a lo mejor existe más en las palabras que en las teorías. Los etólogos no dudarian en calificar la alucinación de Winnicott como un conocimiento filogenético del *Homo sapiens*, y yo personalmente no alcanzo a comprender qué diferencia hay entre la alucinación de Winnicott y la preconcepción de Bion, salvo que los dos pertenecen a distintas escuelas de pensamiento. Me parece que Winnicott llama alucinación a lo que es ya una idea del pecho; pero tal vez aquí yo mismo no hago más que profesar mi propio credo. Apoyada en el Freud de los *Tres ensayos*, Susan Isaacs (1943) sostiene que fin y objeto son características definitorias del instinto; que instinto, mecanismo y objeto están indisolublemente ligados. Lo distintivo del pensamiento kleiniano es que la realidad exterior sólo va a confirmar o refutar un dispositivo instintivo genético.

Fiel a la hipótesis del narcisismo primario, Winnicott dice que la idea de objeto todavía no está cuando el niño alucina el pecho como algo que tiene que existir para su impulso. Este punto de vista es muy discutible y con él la teoría del narcisismo primario que sustenta Winnicott. ¿Por qué dice Winnicott que el objeto todavía no está? Si yo alucino que «hay algo que», ¿por qué no llamar «objeto» a ese *algo que*? Me es difícil pensar que cuando el niño alucina el pecho no tiene ya una relación con ese objeto, cuyo conocimiento viene con el genoma. De esta forma, el área de la ilusión, que es sin duda un concepto básico de la psicología de Winnicott, sería una primera contrastación con el objeto externo, con la realidad. Pero dejemos por un momento la teoría y veamos cómo se traduce todo esto en la transferencia.

4. Una clasificación psicopatológica

A los fines del abordaje técnico, Winnicott (1945, 1955) divide a los pacientes en tres tipos, que en última instancia pueden reducirse a dos. Están, por un lado, los enfermos neuróticos en los cuales se ha alcanzado un alto grado de maduración. Se relacionan con objetos totales, diferencian objeto y sujeto, distinguen el adentro del afuera, lo interno de lo

externo. Son las personas que sufren a nivel de las relaciones interpersonales y de las fantasías que colorean esas relaciones. Después están los enfermos que no pudieron superar lo que Winnicott llama *etapa del concern*, es decir la posición depresiva; son enfermos depresivos, melancólicos o hipocondríacos, en los que está fundamentalmente en juego el mundo interno del paciente, no estrictamente las relaciones objetivas interpersonales. Si bien este grupo es distinto del anterior, se le puede aplicar todavía la técnica clásica, la que Freud nos enseñó. Y, por fin, están los enfermos en que lo perturbado es el desarrollo emocional primitivo. En ellos existe una *trasferencia temprana* que no es en modo alguno superponible a la neurosis de transferencia de los otros casos. Conviene destacar que Winnicott está empleando la expresión neurosis de transferencia en un sentido amplio, como lo que cristaliza en el tratamiento. De modo que hay, pues, dos formas de transferencia: la neurosis de transferencia típica (regular) en la cual se reproducen situaciones del pasado en el presente, como dice Freud en 1914, y la transferencia temprana, que corresponde al desarrollo emocional primitivo. En esta, dice Winnicott, no es que el pasado venga hasta el presente (o se reproduzca en el presente) sino que el presente se ha transformado lisa y llanamente en el pasado: el fenómeno trasfereencial tiene aquí una realidad inmediata, y esto obliga al analista a enfrentarlo no ya con su bagaje convencional interpretativo sino con *actitudes*.

Si bien es cierto que no siempre es claro qué actitudes preconiza Winnicott, es evidente que piensa que el desarrollo emocional primitivo es inaccesible a la interpretación, que no es cuestión de comprenderlo sino de rehacerlo (o, más aún, de dejar que espontáneamente se rehaga). De esto volveremos a hablar cuando tratemos la regresión en el setting; pero digamos desde ya que el planteo de Winnicott abre a mi juicio dos interrogantes: 1) ¿en qué consiste esa actitud que remplace a la interpretación?, y 2) ¿cuándo y por qué va uno a decidir que la técnica convencional (interpretativa) ya no es operante y que hay que disponerse a proceder de otra forma?

5. La madre suficientemente buena («*good enough mother*»)

Como hemos dicho en el párrafo 2, el punto clave de toda la doctrina de Winnicott es la función de la madre. El desarrollo emocional primitivo no es concebible sin ella. Más allá de su impulso a crecer, a madurar, el niño depende enteramente de la madre para transitar ese difícil momento que va del narcisismo primario hasta la relación de objeto. En realidad, Winnicott plantea aquí una posición metodológica que deriva coherentemente de sus teorías: si el niño cursa un período de narcisismo primario en que, por definición, no se diferencia de la madre, entonces es lógicamente imposible estudiarlo separadamente de ella. En ese primer momento de su desarrollo, el niño no es todavía lo que puede llamarse

una persona, un individuo. El niño no tiene impulsos y fantasías. No es sólo que Winnicott rechace la idea de instinto de muerte o de envidia primaria. Toda la vida pulsional del niño está puesta en ese momento entre paréntesis. Sin desconocerlo, incluso el sadismo oral se ve desde otra perspectiva. Winnicott va a decir que en la *etapa de preconcern*, que corresponde al desarrollo emocional primitivo, la actitud despiadada y cruel del chico, que él llama *ruthlessness*² no tiene que ver con deseos sádicos sino con necesidades que el niño tiene y que la madre es capaz de comprender. El desarrollo emocional primitivo se cumple si y sólo si la madre le da al hijo, y en una forma adecuada, lo que necesita: la gratificación necesaria y también la frustración necesaria. Una madre demasiado solícita anula el desarrollo del hijo porque lo mantiene en la etapa de narcisismo primario.

El recién nacido no puede hacerse cargo de sus impulsos, porque en la etapa del narcisismo primario los impulsos provienen de afuera; y la madre tiene que contemplar esa situación: el niño no aporta conflictos, el conflicto le viene de afuera; y en la medida en que la madre cumpla medianamente bien su tarea, en la medida en que sea, dice Winnicott, una *madre suficientemente buena* (no una madre perfecta), su hijo se va a desarrollar bien. Es cuando la madre falla que sobrevienen obstáculos en el desarrollo. A estos obstáculos Winnicott les llama *impingement*, que quiere decir algo así como perturbación o hacer impacto.

Una madre suficientemente buena es la capaz de ponerse en ese difícil punto donde convergen la alucinación y la realidad en la *ilusión* del niño de haber creado ese objeto; y la capaz, también, de ir desilusionando poco a poco a su bebé. Esta desilusión consiste en que el bebé se vaya dando cuenta de que el objeto no ha sido creado por él. La resultante de este proceso es la constitución de un vínculo. En otras palabras, el área de la ilusión se transforma en un vínculo, en una relación de objeto.

Es comprensible que los autores que aceptan el narcisismo primario den más importancia a la agresión del ambiente que a la del sujeto en ese momento del desarrollo. Winnicott cree que, a poco que no lo perturben, el chico va a crecer bien, como si el impulso al desarrollo fuera anterior e independiente del área de conflicto, lo que es cuanto menos discutible. Toda ganancia implica una pérdida: ¿a quién no le gustaría estar en el útero y a quién no le gustaría salir de allí? El útero es muy cómodo pero aburrido; afuera es difícil pero más divertido.

6. Los procesos de integración

Uno de los trabajos principales de Winnicott es «Primitive emotional development» (1945), donde se exponen los procesos fundamentales del yo temprano, que son la integración, la personalización y la realización.

² *Ruthless* quiere decir sin piedad, cruel, inmisericorde.

Winnicott postula un estado primario de *no-integración* y lo diferencia de la *desintegración* como proceso regresivo. El estado primario de no-integración provee una base para que se produzca el fenómeno de la desintegración, sobre todo si falla o se retrasa el proceso de integración primaria. La diferencia decisiva entre estos dos procesos es que la no-integración se acompaña de un ánimo tranquilo mientras la desintegración produce miedo.

El *estado primario de integración* es, pues, un aspecto fundamental del desarrollo emocional primitivo, que se va construyendo en los primeros meses de la vida a partir de dos tipos de experiencias: la técnica de los cuidados maternos y las experiencias agudas instintivas que tienden a juntar la personalidad desde adentro.³

El proceso de *personalización*, que consiste en que la persona esté en su cuerpo, corre parejo con el de integración, igual que la despersonalización con la desintegración. La despersonalización de la psicosis se relaciona con el retardo de los procesos tempranos de personalización.

Por último, el proceso de adaptación a la realidad o de *realización* consiste en el encuentro de la madre y el bebé en esa área de la ilusión que ya hemos descrito.⁴

Me parece que Winnicott supone infinitas posibilidades dentro del narcisismo primario, que sólo ulteriormente se van organizando. Inicialmente narcisismo primario implica *no-integración*, en el sentido de que cuando yo siento hambre soy un chico frenético, enojado, y cuando me han dado el pecho soy un chico tranquilo. En este sentido, yo no necesito integrar estos dos aspectos y, consiguientemente, puedo ser en un momento esto y en otro momento aquello sin que haya un proceso de disociación. Winnicott distingue rigurosamente no-integración de disociación, lo que Melanie Klein no hace. Winnicott dice que los fenómenos de no-integración no están necesariamente acompañados de angustia, en cambio los de disociación sí, porque en la disociación ya está la persecución o la pérdida. En este punto las ideas de Winnicott son muy convincentes, mientras Melanie Klein fluctúa entre la no-integración como proceso del desarrollo y la disociación como defensa. Este punto, que no se llega a resolver en Melanie Klein, reaparece en el pensamiento poskleiniano a partir del trabajo de Esther Bick (1968) sobre la piel que contiene al self. Meltzer dice en el capítulo IX de *Explorations in autism* (1975) que el trabajo de 1968 abrió el problema de la no-integración en contraste con la desintegración y lo relacionó con un objeto continente defectuoso;⁵ pero la verdad es que Winnicott ya lo había planteado en «Primitive emotional development» en 1945. Para ser más exacto quiero señalar que la idea parte de Glover con sus núcleos del yo, trabajo al cual Klein se refiere desestimándolo en su escrito en torno a los mecanismos esquizoides de 1946.

³ Winnicott (1945), pág. 140.

⁴ *Ibid.*, pág. 141.

⁵ Pág. 234.

7. El desarrollo emocional primitivo en la transferencia

Hemos hecho una reseña breve e incompleta de las teorías de Winnicott no para exponerlas rigurosamente sino sólo como una necesaria introducción a lo que verdaderamente nos interesa en un libro como este, la técnica de Winnicott.

En el trabajo que presentó en el *Simposio sobre la transferencia* en el Congreso de Ginebra de 1955, Winnicott (1956) sostuvo que cuando ha fallado el desarrollo emocional primitivo lo que nosotros tenemos que hacer como analistas es darle al paciente la oportunidad de reparar esas fallas. En cambio, en los neuróticos y aun en los depresivos, que alcanzan en alguna forma la posición depresiva, la técnica clásica puede ser mantenida. Como veremos al hablar de la regresión y el encuadre, el paciente que tiene perturbado su desarrollo emocional primitivo requiere una experiencia concreta que le permita regresar e iniciar de nuevo su camino.

Para comprender en este punto a Winnicott hay que recordar el concepto de *falso self*. Cuando la madre no sabe conformar el ambiente que su bebé necesita, porque en lugar de responder adecuadamente a sus necesidades las interfiere, obliga al niño a un desarrollo especial y aberrante que lleva a la formación de un falso self, que la suplanta en sus deficiencias. El falso self, dice Winnicott (1956), es sin duda un aspecto del verdadero self, al que protege y oculta como reacción a las fallas en la adaptación. El falso self, de este modo, se desarrolla como un patrón de conducta que corresponde a la falla ambiental.⁶

Si nosotros comprendemos que esta es la real situación del paciente, podremos darle la oportunidad de volver al punto de partida e iniciar un nuevo desarrollo de su self verdadero. En esto es decisiva la comprensión del analista y la capacidad de no interferir con el proceso de regresión. Si nos prestamos a acompañar al paciente en este difícil tránsito hasta las fuentes debemos estar dispuestos a equivocarnos, nos alerta Winnicott, porque no hay analista por competente que sea que no interfiera. Cuando así sea, el paciente percibirá nuestro error y entonces, por primera vez, se enojará. Este enojo, sin embargo, se refiere no al error que el analista acaba de cometer sino a un error de su crianza, frente al cual el paciente reaccionó configurando un falso self, porque obviamente no estaba entonces en condiciones de protestar. La clave es que el paciente utiliza el error del analista para protestar por un error del pasado, y así debe considerárselo.⁷

En este sentido, la transferencia de los estadios tempranos del desarrollo tiene paradójicamente un significado real. El analizado está reaccionando por algo que le pasó en su infancia enojándose por un error *real* que cometió el analista; y lo que el analista tiene que hacer es respetar ese enojo, que es cierto y justificado. Es real porque se refiere a un

⁶ Pág. 387.

⁷ *Ibid.*, pág. 388.

error que yo cometí en mi tarea, y lo que yo tengo que hacer es admitirlo y, si es necesario, estudiar mi contratrasferencia, pero nunca interpretarlo porque, si lo hiciera, estaría utilizando la interpretación en forma defensiva, para descalificar un juicio certero de mi analizado.⁸ Al finalizar su ponencia en Ginebra,⁹ Winnicott diferencia con rigor el trabajo clínico con las dos clases de pacientes que está considerando.

El paciente que presenta fallas en su desarrollo emocional primitivo tiene que pasar por la experiencia de ser perturbado y reaccionar con (justificada) rabia. Para esto usa las fallas del analista. En esta fase del análisis, prosigue Winnicott, lo que se podría llamar resistencia cuando se trabaja con pacientes neuróticos indica aquí que el analista ha cometido un error, y la resistencia continúa hasta que el analista descubre y se hace cargo de su error.¹⁰

El analista tiene que estar alerta y dar con su error cada vez que aparezca la resistencia; y tiene que saber, además, que es sólo usando sus propios errores que puede prestar su mejor servicio al paciente en esta fase del análisis, esto es, darle la oportunidad de que se enoje por primera vez sobre los detalles y faltas de la adaptación que produjeron la perturbación de su desarrollo.

Se comprende que, desde este punto de vista, Winnicott sostenga que, en estos casos, la transferencia negativa del análisis del neurótico queda remplazada por un enojo objetivo sobre las fallas del analista, lo que importa una diferencia significativa entre los dos tipos de trabajo.¹¹

Winnicott considera que estos dos tipos de análisis no son incompatibles entre sí, al menos en su propio trabajo clínico, y que no es demasiado difícil cambiar de uno al otro, de acuerdo con el proceso mental que tiene lugar en el inconciente del analizado.¹²

Queda para el futuro, dice Winnicott al cerrar su importante artículo, el estudio detallado de los criterios por los cuales el analista puede saber cuándo surge una necesidad del tipo de las que se deben manejar por medio de una adaptación activa, por lo menos con un signo o muestra de adaptación activa, sin perder nunca de vista el concepto de identificación primaria.¹³

Con estos últimos comentarios Winnicott viene a mostrar que las dos

⁸ Aunque no sea ésta la oportunidad de discutir esta idea, deseo señalar que ni en este caso ni en algún otro la interpretación debe descalificar lo que, mal o bien, piensa el analizado. La interpretación no debe ser una opinión sino una conjetura del analista sobre lo que piensa el paciente, es decir, sobre su inconciente.

⁹ El trabajo de Ginebra se publicó en el *International Journal* de 1956 con el título «On transference», y en *Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (1958) como «Clinical varieties of transference» (cap. 23).

¹⁰ *International Journal*, 1956, pág. 338.

¹¹ *Ibid.*, pág. 388.

¹² «I have discovered in my clinical work that one kind of analysis does not preclude the other. I find myself slipping over from one to the other and back again, according to the trend of the patient's unconscious process» (*ibid.*, pág. 388). (Esta cita fue ligeramente cambiada en la recopilación de 1958, pero el sentido, para mí, sigue siendo el mismo.)

¹³ *Ibid.*, pág. 388.

técnicas que inicialmente se proponían como distintas y distantes pueden alternar no sólo en el mismo analizado sino en la misma sesión. De esta forma, la clasificación pierde consistencia y la técnica adquiere, a mi juicio, un sesgo demasiado inspiracional. Por otra parte, es inevitable que, cuando se introducen medidas de excepción para los casos más difíciles, surja el deseo de aplicarlas a los más sencillos pensando que quien puede lo más puede lo menos.

17. Sobre la espontaneidad del fenómeno trasfereñcial

Deseo reseñar a continuación dos breves experiencias que me parecen apoyan la idea de que la transferencia aparece espontáneamente y desde el comienzo. Son dos casos muy particulares, similares en parte y en parte opuestos, donde la transferencia se impone de inmediato sin que ni el setting ni mis «teorías» parezcan haber gravitado. Por tratarse de dos colegas tendré que omitir ciertos datos, que hubieran apoyado también la tesis que sostengo.

Material clínico nº 1

Hace ya varios años, a fines de un mes de octubre, me consultó telefónicamente una colega que se encontraba muy deprimida después de la muerte de su única hermana. (Un hermano dos años menor que ella había muerto al nacer.) Quería realizar algunas entrevistas antes de las vacaciones de verano y consideraba que yo era el más indicado. Acepté verla, a pesar de mis escasas disponibilidades de tiempo, seguro de que no iba a pasar de una psicoterapia breve, de tiempo limitado por las vacaciones tres meses después, a la manera de *crisis intervention*.

Con este plan en mente consentí en tener con ella una entrevista, donde le señalé mi escaso tiempo y ella aceptó verme una vez cada quince días. Confiaba que eso le bastaría para superar su estado de depresión y angustia. Quedó bien claro que, en caso de que pensara reanalizarse en el futuro, no habría ninguna posibilidad de que yo pudiera disponer del tiempo para hacerlo. Convenimos en un horario fijo semana por medio y le dije que tal vez en enero pudiera darle una entrevista por semana. Quedó también acordado el monto de mis honorarios, que decidió pagar cada vez que venía. Con esto creo que ella misma acentuaba el carácter esporádico de los encuentros.

Durante noviembre y diciembre la atendí, efectivamente, como habíamos convenido, jueves por medio. Durante esas sesiones, unas cuatro o cinco en total, ella habló extensamente de su hermana fallecida, de su madre, muerta hacía ya muchos años, de su padre y una tía (hermana del padre) que vivían lejos de Buenos Aires y a quienes planeaba ir a visitar durante las vacaciones de febrero. Me contó del carácter de su padre y de su tía y de los temores que tenía de que la convencieran de que se quedara a vivir con ellos. Habló de su marido (fallecido), y de sus hijos ya casados

(el menor recientemente) y también de sus analistas anteriores. Habían sido varios y todos la habían ayudado. Hablaba de ellos con respeto y gratitud, sin excesos y sinceramente.

Durante estas entrevistas no hice otra cosa que escucharla con atención e intercalar circunspectamente alguna pregunta o comentario para facilitar el desarrollo de su relato. Si bien ella se ubicó en el diván (y no en un sillón simétrico al mío que tengo para las entrevistas) permaneció sentada y habló con espontaneidad y franqueza pero sin asociar libremente. El material onírico sólo apareció muy contingentemente. Yo, por mi parte, no hice absolutamente ninguna interpretación. No venía al caso para el tipo de psicoterapia que me había propuesto realizar.

Luego de las primeras entrevistas, digamos al finalizar el primer mes de tratamiento, dijo sentirse mucho mejor, aliviada de su angustia y depresión, lo que era visible. Ella atribuyó su mejoría a mi psicoterapia, que le había permitido hablar con alguien de sus problemas y ser escuchada. Yo le recordé que podía deberse, también, al efecto de la imipramine que había empezado a tomar antes de venir a verme, ya que este medicamento tiene un período de latencia para empezar a actuar; pero ella se sintió más inclinada a su propia explicación que a la mía.

Si bien es cierto que yo no hice ningún tipo de interpretación durante los dos primeros meses del tratamiento (si así puede llamársele), deseo señalar que mi comportamiento fue por completo analítico en cuanto a las clásicas normas del encuadre: la atendí puntualmente, las entrevistas duraron 50 minutos, guardé la distancia y la reserva de siempre, etcétera. Por su parte, la paciente se adaptó sin inconvenientes a este tipo de relación y no pretendió modificarla por su condición de colega y de ex alumna del Instituto.

La primera sesión quincenal de enero fue el jueves 5 y en ella se repitió el desarrollo de las entrevistas anteriores. Habló de su ansiedad por su próximo viaje, de que su tía la había llamado desde larga distancia para pedirle que fuera pronto porque el padre se hallaba delicado de salud, etcétera. Me preguntó si yo podría darle más horas en enero como le había prometido y le repuse que sí, aunque no disponía del horario en ese momento. Le pedí que me hablara ese fin de semana para convenir una hora para la próxima. Me preguntó, también, si habría alguna posibilidad de que yo dispusiera hora para analizarla después de las vacaciones o más adelante y le respondí que, por desgracia, nada había cambiado en cuanto a mis disponibilidades de tiempo libre, que ella ya conocía. Suponía que iba a ser así; pero, dado que le gustaría de veras analizarse conmigo, quiso preguntármelo concretamente. Agregó que podría esperarme si yo así lo dispusiera. Había pasado su crisis —comentó— y no creía tener ningún problema urgente como para analizarse de inmediato. Diré entre paréntesis que por la forma que planteó el problema en ese momento confirmé mi primera impresión de que se trataba de un caso neurótico y no grave, una de las buenas históricas de Elizabeth R. Zetzel.

No me habló ese fin de semana y vino a su hora de costumbre la próxima, el jueves 19 de enero. Se disculpó porque no pudo hablarme, se de-

jó estar, se olvidó y finalmente no lo hizo. Fiel a la técnica que yo me había impuesto, no interpreté nada al respecto y, cuando me pidió una hora para la semana entrante, le di el lunes 23 a una hora que le resultaba conveniente. Empezó entonces a hablar extensamente del padre, de sus conflictos con él y de la necesidad que tenía de re-analizarse para resolverlos. Mientras hablaba de estos temas, ya comunes a entrevistas anteriores, empezó a llorar copiosamente. A ella le llamó mucho la atención su llanto, más que a mí, que no la conocía demasiado. Dijo que las sajonas como ella rara vez lloran. No se explicaba este llanto y no recordaba haber llorado así en muchos años. El tema de su viaje y de las vacaciones volvía sin cesar en su material, regado con un llanto generoso e incoercible. No se podía explicar lo que le estaba pasando. Trataba de enlazar sus fuertes sentimientos de pena y de dolor con sus numerosos duelos (presentes, pasados y futuros) pero no se sentía satisfecha ella misma con esas autointerpretaciones.

Como la situación no cedía, me resolví entonces a hacer la primera interpretación de este peculiar e interesantísimo tratamiento. En forma muy tentativa, dado que yo mismo no lo creía del todo, le pregunté si no estaría llorando porque se acercaba el fin de las entrevistas y por la separación que nos impondrían las vacaciones, máxime después de que en la sesión anterior habíamos vuelto a la idea de que no dispondría yo de tiempo para hacerme cargo de su tratamiento en caso de que quisiera re-analizarse.

Aceptó sin cortapisas la interpretación y notó que se calmaba súbitamente. Dejó de llorar y a su angustia sobrevino un sentimiento de asombro por lo que le había pasado. En todos sus años de análisis no habían faltado por cierto interpretaciones sobre la angustia de separación, sea a propósito de fines de semana o de las vacaciones; pero nunca le habían sonado tan ciertas como esta. ¿Cómo podía ser que fuera justamente esta vez que una interpretación oída tantas veces (y tantas veces formulada por ella misma como analista) repercutiera de esta forma?

El halago implícito en sus asociaciones, que yo pudiera haber interpretado mejor que los otros, no tenía mucho lugar. Fue la mía una interpretación de rutina, impuesta por lo inmediato de la situación y luego de que las explicaciones más justificables (las autointerpretaciones sobre sus diversos duelos) se habían mostrado inoperantes. Supuse, pues, que habría coincidido algo más para que cuajara una reacción tan fuerte en mi colega (y digo colega porque lo era más que paciente para mí en ese momento).

De todos modos, cuando luego de este episodio volvió a hablar de mis vacaciones y de la separación conmigo, volvió a llorar, casi como una comprobación experimental de que era eso lo que efectivamente le pasaba.

El lunes 23 vino nuevamente tranquila, como en las sesiones anteriores, cuando ya había mejorado, y volvió a comentar con asombro lo que le había pasado. Nunca antes había sentido en forma tan inmediata y convincente la famosa angustia frente a la separación como el jueves pasado. Y seguía sin explicarse por qué. Volvió luego a sus temas habi-

tuales, su padre, su tía, su viaje, sus amigos (que son muchos y buenos), su trabajo. De aquí pasó a algunos comentarios sobre la crisis institucional. Desde el primer momento se alineó con el grupo independiente y no la hizo dudar al respecto su buena relación con el doctor X, del que fue ayudante en un seminario y a quien apreciaba como maestro y colega. Un tiempo antes ese colega le había preguntado cuál era su posición. Fue un momento muy tenso; pero pudo decírselo con franqueza. Al día siguiente, cuando se encontró con él en la Asociación, vio con dolor que le había dado vuelta la cara para no saludarla. Como es de esperar, no hice comentario alguno sobre este tema y no lo pensé ligado al material anterior. (No hay que olvidar que yo no estaba pensando en interpretar lo que oía.)

Acordamos en que tendríamos una nueva entrevista el viernes 27 y le ofrecí otra más si lo deseaba, para cerrar el ciclo.

El viernes 27 vino con mucho entusiasmo y volvió a mostrarse interesada en la intensidad de su reacción por las vacaciones. Reiteró que nunca lo había sentido en forma tan viva y contundente. Si bien no tenía duda de que su llanto se refería concreta e inequívocamente a mis vacaciones, no se explicaba su calidad y su intensidad. Nunca había llorado así antes en todos sus años de análisis; más aún, en toda su vida, quizás. El llanto que sintió sólo lo puede comparar, ahora, con el de un recuerdo de sus cinco o seis años. Sus padres se fueron de vacaciones a la playa y a ella la dejaron en casa castigada. Sintió entonces el mismo dolor y resentimiento que había sentido el jueves 19 conmigo; y lloró entonces tan copiosa y desconsoladamente como ahora.

Aquí ya no tuve yo ninguna duda de que era una repetición (trasferencial) de aquel episodio (recuerdo encubridor) de los cinco o seis años. Para resolver el enigma sólo restaba ver por qué había sido castigada entonces y ver si había recibido un castigo similar de parte mía.

Dijo que no podía recordar para nada el motivo de la penitencia, pero sí sus vivos sentimientos de entonces.

Me contó al pasar que se iría afuera a lo de uno amigos en los primeros días de la semana entrante, antes de partir para lo de su padre, con lo que entendí que estábamos realizando nuestra última entrevista. Habíamos quedado que, a su regreso, me hablaría para volver a reunirnos y a discutir quién podría ser su analista. Ella había pensado en algunos colegas y cambiaríamos ideas al respecto.

Cuando nos íbamos a despedir, me recordó que yo le había prometido una hora más antes de las vacaciones y le señalé que no se la ofrecía por su viaje al Uruguay. Me respondió que si yo disponía de esa hora postergaría del sábado al lunes su viaje a Montevideo. Le propuse entonces que viniera el día siguiente, el sábado 28, para no trastornar sus planes de viaje.

El sábado 28 me dijo que no había podido recordar el motivo de la penitencia de aquel viaje de los padres a la costa; pero, en cambio, recordaba claramente algo que le pasó en la misma época. Viéndolo bien, podría haber sido el motivo de la penitencia. O no. No estaba segura; pero,

de todos modos, me iba a contar lo que recordó. En esa época le contó a la tía (la hermana del padre) que la madre a ella no la quería y que la trataba siempre mal y con injusticia. La tía no aceptó su historia y lo comentó con los padres. El padre le dijo que esas cosas no se dicen «fuera de la familia» y ve todavía plásticamente la mirada llena de pena de su silenciosa madre. Quizá haya sido por esa desobediencia y esa traición que los padres la castigaron no llevándola.

Se quedó en silencio y le pregunté en qué medida ella podría haberme hecho a mí algo así, algo que reprodujera aquellos sentimientos de rebeldía infantil frente a los padres. Y de traición, agregó ella.

Se quedó en silencio y dijo que no acertaba a explicárselo. Le pedí que asociara libremente y su primera asociación ya no me sorprendió. Me dijo que se sentía a veces incómoda frente a mí porque no se había pasado a la nueva Asociación; pero ese no podía ser el motivo. Pensaba pasarse más adelante, etcétera. Además sabía que eso no podía influir en mí, conociéndome como me conocía.

Le dije que su asociación era muy pertinente y que de hecho ella sentía que yo me iba de vacaciones sin ella para castigarla por su «traición» al no pasarse a la nueva Asociación. Ahora se explica, agregué, por qué en la sesión del lunes 23 habló extensamente de sus desencuentros con X. A través de esas asociaciones, me estaba diciendo que pensaba que yo también le había dado vuelta la cara por su «traición».

Recordó de inmediato claramente que, cuando pensó en hacer conmigo estas entrevistas, tuvo el temor de que yo no quisiera concedérselas por no pertenecer a la nueva Asociación.

De vuelta de su viaje tuvimos una última entrevista. Me pidió consejo para elegir su nuevo analista y aceptó el que yo le sugerí. Con su nuevo análisis tengo entendido que resolvió su problema con los padres, que tan espontánea y candorosamente me había trasferido.

Material clínico n° 2

Quiero relatar ahora el sueño de otra colega a quien traté muy informalmente por una crisis depresiva después de la muerte de su marido. Es un caso bastante diferente del anterior, porque esta vez se trataba de una amiga. Cuando su depresión arreció, como no quiso volver a su analista, prefirió pedirme a mí que la ayudara. Acepté su propuesta sabiendo que no iba a trabajar en las mejores condiciones porque éramos amigos; pero ella pretendía una ayuda más amistosa que psicoterapéutica.

Convenimos en vernos una vez por semana, los lunes a la noche, y yo rehusé cobrarle honorarios, a pesar de que ella lo hubiera preferido. El tratamiento sólo duró unas cuantas semanas y lo suspendimos de común acuerdo cuando ella notó que había remontado lo más difícil del trabajo de duelo y pensó (con razón a juzgar por lo que pasó después) que ya estaba en condiciones de seguir por su cuenta.

Durante el primer mes de este singular tratamiento le cancelé una de las entrevistas. Lo hice sin mayor preocupación por el laxo encuadre en que habíamos definido la relación. Ella aceptó de buen grado y no sintió en venir a otra hora para no molestarme. Dijo que concurriría la semana siguiente a la hora de costumbre.

Llegó muy abatida y dijo que su depresión se había acentuado. Son las alternativas del trabajo de duelo —sentenció, mientras yo desechaba de mi conciencia la «absurda» idea de que pudiera haber influido en su estado de ánimo la cancelación del lunes anterior. Me reasegué a mí mismo diciéndome que su duelo era muy reciente y que las entrevistas que estábamos teniendo no podían gravitar de esa manera en su estado de ánimo.

Volvió a su tema habitual, habló de su marido, de la enfermedad que lo llevó a la tumba, de recuerdos y anécdotas con él de los últimos años. También comentó la pena de sus dos hijos, ya casados, por la muerte del padre. Sus hijos y sus nueras la ayudaban, acotó: y eso la hacía no sentirse tan sola. Volvió a soñar con Ricardo (su marido): «Soñé que estábamos cruzando el canal de la Mancha en un barco, de Inglaterra a Francia, de Dover a Calais. Ricardo venía detrás de mí con un traje Príncipe de Gales que le quedaba muy bien y un montón de valijas. Pero entre él y yo se interponía un montón de gente. Yo me siento en un banco, que curiosamente se extiende a lo largo de la cubierta del barco. En la parte en que yo me siento, ese banco tiene una forma acodada muy particular, de modo que Ricardo y yo quedábamos casi frente a frente. Miro, pero Ricardo no está. Empiezo a buscarlo con la mirada y no lo encuentro.»

Ni bien escuché el sueño tuve una ocurrencia contratrasferencial que descarté de inmediato: pensé si el Ricardo del sueño no podría ser yo que no le di su última sesión. Razoné de inmediato que sólo una irritante deformación profesional podía hacerme pensar de esa manera, ningún analista en sus cabales iba a pensar así, cuando todavía no se había constituido la relación analítica, ni se iba a configurar, por otra parte, de acuerdo a lo concertado. Ricardo era de veras el nombre de su marido recién fallecido. Ella, además, me llamaba a mí Horacio, como todos mis amigos; y apenas si recordaría que mi primer nombre es Ricardo. Le pedi asociaciones.

Asoció entonces, como era de esperar, con su marido. Su muerte había venido a frustrar un viaje ya planeado a Europa. Querían ir a Inglaterra a visitar Londres una vez más y tenían el propósito de llegar a la pequeña ciudad donde había nacido su padre, que murió cuando ella era pequeña. También irían a Italia; y por supuesto a Francia. ¿Cómo se puede concebir un viaje a Europa que no pase por París? París la encanta, es una ciudad sin par. También le gusta Londres. Y Florencia. Ha estado leyendo últimamente a los autores franceses y nota que cada vez le gustan más. No diría Lacan, que es tan difícil; pero sí Lebovici y Nacht, Laplanche y Pontalis. Leyó recientemente un trabajo hermoso de Widlöcher. Se ha ido alejando insensiblemente en los últimos años de la escuela inglesa, ¡qué pensaré yo! Su supervisión conmigo, a pesar de los años que pasaron, sigue siendo para ella un momento clave de su de-

sarrollo, me reaseguró. Leyó hace poco un libro sobre la creatividad que le pareció excelente. Cree que es de Janine Chasseguet-Smirgel.

Me atreví ahora a interpretar el sueño en la transferencia (!). Le dije que sin poner para nada en duda que este sueño era un intento de elaborar el duelo por la pérdida de su marido, tanto más dolorosa cuanto que vino a tronchar un viaje hermoso y ya planeado, yo pensaba que el Ricardo del sueño era también yo mismo. Aunque ella me llamaba Horacio no ignoraba por cierto que mi primer nombre era el de su marido. Aceptó que era así, y que siempre nos identificaba en alguna medida por ser tocayos.

Alentado por esta primera respuesta proseguí mi interpretación. Le dije que tal vez al cancelarle yo la hora del lunes anterior, le había procurado sin proponérmelo una nueva situación de duelo. En el estado en que te encuentras —agregué— tal vez no es tan trivial como los dos creímos saltar una sesión y una semana.

Aceptó nuevamente esta sugerencia pero me recordó que no era para tanto, que yo mismo le había ofrecido compensarla y ella no había aceptado para no sobrecargarme. No había que perder de vista, me dijo con su habitual cordialidad, que nuestros encuentros eran más una cita de amigos que un tratamiento, etcétera. Es decir, repitió las razones (o racionalizaciones) que yo mismo me había dado un momento antes.

Con más seguridad insistí en mi punto de vista. Le dije que compartía por cierto sus razonamientos y que no iba a considerar mi ausencia del lunes anterior como una falla de nuestro amistoso setting. (Recordé aquí para mis adentros a su analista anterior, al que ella no había querido volver a ver, famoso entre sus amigos por los vaivenes de su encuadre.) Sin embargo, tu sueño —le insistí— parece que alude varias veces a mí como el ausente. La posición de ese singular asiento en el barco me recuerda mucho a la posición que tienen los dos sillones en la que estamos sentados. Y tus asociaciones sobre tu alejamiento de la escuela inglesa están plásticamente expresadas con la travesía del canal de la Mancha. Tanto es así que tuviste que agregar que siempre recordarás tu supervisión conmigo, en que aprendiste justamente los fundamentos de la técnica kleiniana. Y tu preferencia por París sin desmerecer a Londres.

Hubo un momento de silencio tenso, en que yo volví a pensar que me había excedido, pensé que mi interpretación era demasiado profunda y transferencial, y maldije internamente a Melanie Klein como si ella tuviera la culpa de todo. Entonces mi amiga habló de nuevo con esa voz pausada y profunda que parece la marca de fábrica del insight. Me dijo que había vuelto a su conciencia la escena del sueño, la había visto claramente por un momento y había reparado en un detalle que no estuvo presente cuando lo recordó esa mañana y cuando me lo contó en la sesión. El color del asiento del sueño era exactamente el de los sillones de mi consultorio. Recordó entonces vivamente que cuando le hablé por teléfono para cancelar la hora recordó alguna mala experiencia con su analista didáctico. Lo sigue estimando como siempre, pero prefirió no volver justamente por su impuntualidad; yo, en cambio, era más “inglés” en este punto. Recordó de inmediato con emoción a aquel otro inglés, su padre, que había muer-

to siendo ella pequeña, cuando había entrado a su dolorosa latencia y dijo finalmente que sí, que el sueño se refería a mí y que se sentía aliviada. Sintió espontáneamente acto seguido necesidad de aclararme que, cuando había hablado de la muerte de su padre en nuestra primera charla había cometido un error, un pequeño acto fallido cuyo significado le era ahora por completo fácilmente comprensible. Me dijo que su padre murió a los 50 años, lo que no es así. Murió mucho más joven, a los 40. El que murió a los 49 años era su marido.

Considero que, en este material, la aclaración del acto fallido sobre la muerte del padre es probatoria, porque muestra el momento de insight en que el padre, el marido y el analista se unen y se discriminan. Lo mismo digo de cuando se levanta la represión sobre el color de los sillones del sueño. Por la forma en que fue ofrecido y el contexto en que aparece es para mí concluyente sobre el componente trasferencial del sueño. Confío en que esta opinión será compartida por la mayoría de los analistas.

18. La alianza terapéutica: de Wiesbaden a Ginebra

En los capítulos anteriores estudiamos la transferencia y no vacilamos en señalarla como el factor más importante de la terapia psicoanalítica. Afir-mamos también que sólo puede entenderse si se la compara con algo que *no* es transferencia, como sostuvo Anna Freud en el Simposio de Arden House de 1954. De esta manera, resulta obvio que la transferencia ocupa sólo una parte del universo analítico (y lo mismo puede decirse de cualquier experiencia humana). Como ya dije en un capítulo anterior, en este punto coincido con Fenichel (1945a) y Greenson (1967).

Cuando sostengo que no todo lo que aparece en el proceso analítico es transferencia quiero decir que siempre hay algo más, no que falte la transferencia, que es bien distinto: la transferencia está en todo pero no todo lo que está es transferencia. Al lado de la transferencia se encuentra siempre algo que no es transferencia, y a este algo lo vamos a llamar provisionalmente *alianza terapéutica*.¹ Digo provisionalmente porque, como en seguida veremos, el concepto de alianza terapéutica es más complejo de lo que parece.

1. La disociación terapéutica del yo

El concepto de que más allá de sus resistencias el paciente colabora con el analista es típicamente freudiano y lo vemos atravesar toda su obra; pero el postulado de que el yo está destinado a disociarse como consecuencia del proceso analítico se debe incuestionablemente a Sterba, que lo presentó en 1932 en el Congreso de Wiesbaden y lo publicó en el *International Journal* de 1934 con el título «The fate of the ego in analytic therapy» (El destino del yo en la terapia analítica). Este trabajo habla concretamente de alianza terapéutica,² y la explica sobre la base de una *disociación terapéutica del yo* en la que se destacan dos partes, la que co-

¹ Vamos a preferir el término «alianza terapéutica» que introdujo Zetzel (1956a) siguiendo a Sterba (1934), y que consideramos sinónimo de transferencia racional (Fenichel, 1941), transferencia madura (Stone, 1961), alianza de trabajo (Greenson 1965a) y otros.

² «This capacity of the ego for dissociation gives the analyst the chance, by means of his interpretations, to effect an alliance with the ego against the powerful forces of instinct and repression and, with the help of one part of it, to try to vanquish the opposing forces» (Sterba, 1934, pág. 120).

labora con el analista y la que se le opone; aquella es la que está vuelta hacia la realidad; esta comprende los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó.³ La disociación terapéutica del yo se debe a una identificación con el analista, cuyo prototipo es el proceso de formación del superyó. Esta identificación es fruto de la experiencia del análisis, en el sentido de que, frente a los conflictos del paciente, el analista reacciona con una actitud de observación y reflexión. Identificado con esa actitud, el paciente adquiere la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento, disociando su yo en dos partes.

Vale la pena señalar las coincidencias entre los ensayos de Sterba y de Strachey, publicados uno junto al otro en el mismo número del *International Journal* de 1934. Mientras para Sterba lo decisivo en el proceso analítico es la disociación terapéutica del yo, para Strachey la clave está en que el psicoanalista asuma el papel de un superyó auxiliar, discriminándose del superyó arcaico. A pesar de sus diferencias, estos dos eximios trabajos apoyan en la idea de que el tratamiento analítico se funda en una peculiar disociación instrumental del self; y los dos apuntan a destacar un hecho todavía no bien comprendido en aquel tiempo, la importancia de la interpretación de la (resistencia de) transferencia.

Al comienzo de su ensayo, Sterba define con precisión la transferencia, diciendo que es dual, que comprende a la vez al instinto y a la represión (defensa). A partir del estudio de la resistencia de transferencia, dice Sterba, sabemos que las fuerzas de la represión se incluyen en la transferencia no menos que las fuerzas instintivas.⁴ Esta idea, que da una solución al enigma que Freud plantea sin resolver en «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b), la desarrolla poco después Anna Freud (1936), cuando habla de transferencia de impulsos y transferencia de defensas.⁵

Frente a estas dos vertientes de la transferencia que amenazan desde flancos opuestos la marcha del análisis, surge un tercer factor derivado de la influencia correctora del analista. Al interpretar el conflicto transferencial, el analista contrapone los elementos yoicos que se conectan con la realidad y los que tienen una catexia de energía instintiva o defensiva.⁶ De esta manera, el analista logra una *disociación* dentro del yo del paciente, que le permite establecer una *alianza* contra las poderosas fuerzas del instinto y la represión (véase la nota 2). Por lo tanto, cuando se inicia un análisis que va a terminar con buen éxito, *el inevitable destino que le espera al yo es la disociación*.

³ En un trabajo de 1975, Sterba recuerda que su presentación no gustó en Wiesbaden ni en la Sociedad de Viena, donde la volvió a leer después del Congreso, a fines de 1932. Se le criticó allí, duramente, el término *therapeutische Ich Spaltung*, que sólo podría aplicarse a la psicosis. La única que apoyó a Sterba en la discusión fue Anna Freud. Sin embargo, pocas semanas después de la acalorada discusión de Viena, salieron a la luz las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933a), donde Freud afirma categóricamente que el yo se puede dividir y volver a juntar en las más diversas formas.

⁴ Sterba (1934), pág. 118.

⁵ De este modo, cabe reconocerle a Sterba una lúcida aproximación al problema que poco después resuelve Anna Freud.

⁶ Sterba (1934), pág. 119.

Como hemos dicho, para Sterba la actitud del analista que reflexiona e interpreta es fundamental, porque le da al paciente un modelo a partir del cual sobreviene la identificación y queda sancionada la disociación terapéutica del yo. El prototipo de la disociación terapéutica del yo es el proceso de formación del superyó, pero con la diferencia de que tiene lugar en un yo maduro y de que su demanda no es moral, ya que se encamina a adoptar una actitud de observación contemplativa y serena. Para Sterba, la parte del yo que se orienta hacia la realidad y se identifica con el analista es el filtro a través del cual debe pasar todo el material trasfereencial que el yo, gracias a su función sintética, irá gradualmente asimilando.

De acuerdo con estas ideas, Sterba puede describir el proceso psicoanalítico como la resultante de dos factores yoicos: la disociación que hace posible la toma de conciencia de los contenidos inconcientes y la función sintética que permite incorporarlos. El proceso analítico queda así explicado por una dialéctica de disociación y síntesis del yo.

2. La resistencia de transferencia

Para pesar en toda su magnitud la contribución de Sterba es necesario recordar aquí, en este punto, su denso artículo «Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes» (Sobre la dinámica de la dominación de la resistencia de transferencia), publicado en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* de 1929.⁷ De acuerdo con el modelo freudiano de 1912, del que Sterba parte, la transferencia se establece como resistencia al trabajo de investigación del análisis, ya que el paciente actúa para no recordar una experiencia infantil, lo que promueve una defensa del yo frente al analista transformado en representante de las mismas tendencias a las que el yo del analizado se tiene que oponer.⁸

El trabajo del analista consiste, dice Sterba, en superar la resistencia de transferencia que obstruye el avance del proceso. El analista se encuentra, pues, en una difícil situación, porque se ha transformado en el destinatario de la repetición emocional que opera en el paciente para obstruir justamente los recuerdos que el analista busca.⁹

Cuando el analista interpreta la resistencia de transferencia contrapone el yo del analizado (en cuanto órgano en contacto con la realidad) a la ac-

⁷ Apareció años después, en 1940, en el *Psychoanalytic Quarterly*: «The dynamics of the dissolution of the transference resistance», de donde tomaremos las citas de este capítulo.

⁸ «Because the transference serves the resistances, the patient acts out infantile experiences to avoid conscious remembrance of them. This leads on the part of the ego to a defense which is directed against the analysis because the analyst has become, in the transference, the representative of the emotional tendency against which the ego has to defend itself» (1940, págs. 368-9).

⁹ «The analyst thereby finds himself in a difficult situation, for he is the object of the emotional repetition operating in the patient in order to hinder the recollections for which the analyst asks» (ibid., pág. 369).

tividad instintiva que se ha reactualizado en la transferencia.¹⁰ Al ayudar al yo del analizado que se siente amenazado por su ello, el analista le ofrece la posibilidad de una identificación que satisface el test de realidad que necesita el yo,¹¹ y esta identificación es posible por el hecho de que el analista observa la situación psicológica y se la interpreta al paciente. La actitud de trabajo del analista y la forma en que le habla a su analizado, es decir, su uso del «nosotros» y su constante llamado a la tarea, son una permanente invitación para que el paciente se identifique con él. De esta forma, y valiéndose de la interpretación, el analista le ofrece al analizado la oportunidad de una identificación que es la condición necesaria del tratamiento analítico.

He querido reproducir lo esencial de este trabajo, no siempre recordado, porque contiene en germen la teoría principal del funcionamiento yoico que Sterba va a exponer después en Wiesbaden. Junto a otros trabajos de esos años, como los que presentaron Ferenczi y Reich al Congreso de Innsbruck y el de Strachey ya citado, el ensayo de Sterba inicia un cambio radical en la técnica, que va a centrarse cada vez más en la interpretación de la transferencia.

3. Regresión y alianza terapéutica

En julio de 1955 se realizó en Ginebra el XIX Congreso Internacional, donde tuvo lugar una *Discusión sobre problemas de transferencia*. Allí leyó Elizabeth R. Zetzel su «Current concepts of transference», que apareció en el *International Journal* de 1956, donde la transferencia se entiende como el conjunto de la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica. El artículo replantea lúcidamente una discusión que arranca en la controversia de los años veinte entre Melanie Klein y Anna Freud sobre técnica del análisis de niños, y que llega hasta nuestros días.

Mientras Melanie Klein presta especial atención a la angustia y la interpreta sin dilaciones, la *ego-psychology* pone el acento en las funciones del yo en cuanto al contralor y la neutralización de la energía instintiva. Aquí la influencia de la famosa monografía de Hartmann de 1939 es decisiva, en cuanto se reconoce que el conflicto originario, por obra y gracia de la autonomía secundaria, queda divorciado total o parcialmente de la fantasía inconciente. De esta forma se explica la relativa inoperancia de las interpretaciones precoces de la transferencia y también los límites de la eficacia del análisis si la autonomía secundaria se ha hecho irreversible.¹²

¹⁰ «When an analyst interprets the transference resistance, he opposes the ego of the patient, as the organ controlling reality, to the instinctual activity re-enacted in the transference» (*ibid.*, págs. 370-1).

¹¹ «The analyst assists the ego, attacked by the id, offering it the possibility of an identification which satisfies the reality testing needs of the ego» (*ibid.*, pág. 371).

¹² «Hartmann has suggested that in addition to these primary attributes, other ego characteristics, originally developed for defensive purposes, and the related neutralized instinc-

Siguiendo a Sterba (1934) y a Bibring (1937), este yo sufre un proceso de *splitting*, que lleva a Zetzel a distinguir teóricamente la transferencia como alianza terapéutica de la neurosis de transferencia, que considera una manifestación de la resistencia.¹³ De este modo, la alianza terapéutica queda definida como parte de la transferencia, aunque se la haga depender de la existencia de un yo suficientemente maduro, que no existe en los pacientes severamente perturbados y en los niños pequeños.¹⁴ De esto puede deducirse desde ya lo que esta autora dirá en trabajos posteriores en cuanto al origen de esta parte sana del yo: será previa a la eclosión del conflicto edípico.

Para Zetzel, como para la mayoría de los *ego-psychologists*, el análisis del yo consiste en el análisis de la defensa; respetan el consejo de Freud de que el análisis debe ir de lo superficial a lo profundo, de la defensa al impulso. En la primera etapa del análisis la interpretación profunda de los contenidos puede ser peligrosa e inoperante; la de la defensa tampoco es aconsejable: la energía instintiva a disposición del yo maduro ha sido neutralizada y se ha divorciado de sus fuentes inconcientes. Sólo una vez que las defensas del yo fueron minadas y los conflictos instintivos ocultos se movilizaron, puede desarrollarse la neurosis de transferencia.¹⁵

La neurosis de transferencia es una formación de compromiso que sirve al propósito de la resistencia y debe quedar nítidamente separada de ciertas manifestaciones transferenciales precoces que aparecen al comienzo del proceso analítico más como consecuencia de fenómenos defensivos que por un auténtico desplazamiento de contenidos instintivos sobre el analista. Se mantiene así la diferencia propuesta por Glover (1955) entre transferencia flotante y neurosis de transferencia.

La clave del razonamiento de Zetzel consiste en considerar que la neurosis de transferencia sólo es posible a través de un proceso de regresión. Ella opina, como Ida Macalpine (1950), que la situación analítica fomenta la regresión, la indispensable regresión que es condición necesaria del trabajo analítico.¹⁶ De acuerdo con Zetzel, entonces, la división terapéutica del yo postulada por Sterba y por Bibring sólo puede lograrse a partir del proceso de regresión terapéutica que tiene lugar en los primeros meses de tratamiento y gracias al cual se delimitan las áreas de la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica. En cuanto manifestación de la resistencia, la regresión opera como un mecanismo primitivo de defensa que el yo emplea en el contexto de la neurosis de transferencia.¹⁷ La escuela kleiniana, en cambio, piensa Zetzel, considera

tual energy at the disposal of the ego, may be relatively or absolutely divorced from unconscious fantasy. This not only explains the relative inefficacy of early transference interpretation, but also hints at possible limitations in the potentialities of analysis attributable to secondary autonomy of the ego which is considered to be relatively irreversible» (Zetzel, 1956a, pág. 373).

¹³ *Ibid.*, pág. 370.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*, pág. 371.

¹⁶ *Ibid.*, pág. 372.

¹⁷ *Ibid.*

que las manifestaciones regresivas aparecidas en la situación analítica implican una profundización del proceso, indican disminución más que reforzamiento de la resistencia.

De acuerdo con esta teoría, la regresión como mecanismo de defensa frente al setting analítico es lo que hace posible la reversión de las defensas rígidas del yo, para que vuelvan al área de conflicto.

4. De Sterba a Zetzel

A pesar de su reconocida apoyatura en Sterba, la doctora Zetzel propone un pensamiento original, que a mi juicio la aleja tal vez más de lo que ella piensa del ensayo de Wiesbaden. Sterba sostiene que el tratamiento psicoanalítico se hace posible por un proceso de disociación del yo, una de cuyas partes, la que está vuelta hacia la realidad, sella una alianza con el analista para observar y comprender a la otra, la instintiva y defensiva; y un punto fuerte de su razonamiento es que esta disociación se hace posible porque el analista interpreta. Toda su concepción se apoya en la tarea interpretativa del analista que opera sobre el acting out del conflicto transformándolo en pensamiento, en palabras, a la par que le sirve como modelo de identificación al analizado.

Si reproduce, tal vez prolijamente, el trabajo de 1929 fue porque deseaba subrayar la importancia que le da Sterba a la interpretación en esa doble vertiente de lenguaje y tarea.

El material clínico de la ponencia de Wiesbaden permite comprender las ideas de Sterba y su forma de trabajar. Recordemos a aquella mujer que trasfiere a su analista una experiencia altamente traumática de su niñez con un otorrinolaringólogo, que la sedujo primero con buenos tratos y caramelos para después practicarle de sorpresa una tonsilectomía. La situación que se le plantea a Sterba es que la mujer lo identifica como aquel médico traidor, en quien había concentrado todo su conflicto infantil con el padre. Lógicamente, la resistencia de transferencia consistía literalmente en no abrir la boca.

El análisis se inició, pues, con un silencio pertinaz y hostil. Al final de la segunda hora, sin embargo, la paciente le dio a Sterba una valiosa pista. Le preguntó si no tenía en su consultorio un guardarropas donde poder cambiarse al salir de la sesión, ya que se levantaba del diván con el vestido muy arrugado. En la sesión siguiente dijo que al salir el día anterior tenía que encontrarse con una amiga, a quien seguramente le llamaría la atención verla con la ropa en ese estado y pensaría que había tenido relaciones sexuales. Sterba define esta configuración como una clara situación edípica transferencial con un padre sádico (el gargantólogo, Sterba) y una madre que censura. Creo que la opinión de Sterba sería compartida por todos los analistas.

Aquí Sterba no dudó en interpretar el significado de la defensa; y agrega claramente: «Con esta interpretación nosotros habíamos comen-

zado el proceso que yo he dado en llamar disociación terapéutica del yo». ¹⁸

He reproducido con cierto detalle el breve historial del trabajo de Sterba, para mostrar la diferencia de su teoría con la de Zetzel. Para Sterba no es necesaria la teoría de la regresión terapéutica, y la alianza empieza a formarse justamente cuando el analista interpreta. A diferencia de las buenas históricas de Zetzel, la paciente de Sterba estableció de entrada una fuerte transferencia erótica de subido color sado-masquista, que él pudo sin embargo resolver cumplidamente.

5. Dos tipos de regresión

Como la regresión ocupa un lugar central en la teoría de la alianza terapéutica de la doctora Zetzel, vale la pena detenerse un momento en este punto, tanto más si se piensa, como yo, que ofrece dificultades. No es fácil comprender, por de pronto, cómo puede ser que la regresión terapéutica se conceptúe como un mecanismo de defensa y a la vez se la invoque como el factor que moviliza las defensas. ¿Habría que concluir que la regresión lleva al yo a una situación anterior a la de su autonomía secundaria? Si esto fuera así, ya sería difícil entender a la neurosis de transferencia como una manifestación de la resistencia; y entonces su diferencia con la alianza terapéutica se volvería más aleatoria. Así, el concepto de regresión de Winnicott (1955) parece más explicativo y convincente.

Zetzel comprende que hay aquí un punto delicado de su teoría y trata de resolverlo distinguiendo dos tipos de regresión en la situación transaccional.

El concepto de regresión en la transferencia puede considerarse como un intento de elaborar experiencias traumáticas infantiles o de volver a un estado anterior de gratificación real o fantaseada. Desde el primer punto de vista, el aspecto regresivo de la transferencia debe ser considerado como un paso preliminar y necesario para elaborar el conflicto. Desde el otro, en cambio, debe atribuírsele a un deseo de volver a un estado anterior de descanso o gratificación narcisística, que busca un *statu quo* de acuerdo con la concepción freudiana del instinto de muerte. ¹⁹ Sobre la base de estos dos tipos de regresión en cuanto aspectos opuestos de la compulsión a la repetición que estudió Lagache, Zetzel concluye que ambos se observan en todo análisis.

Esta solución demasiado ecléctica deja, sin embargo, bastante que desear. Como vemos, Zetzel tiene que unir al Freud de 1912 con el de 1920 para dar cuenta de dos tipos de regresión, aunque ni Freud ni Lagache se ocupan de la regresión sino de la transferencia. Aun así, de todos modos, la regresión en el setting que ella piensa no puede ser otra que la

¹⁸ Sterba (1934), pág. 124.

¹⁹ Zetzel (1956a), pág. 375.

que repite la necesidad para tratar de resolverla, esto es la del Lagache de 1951; pero ¿qué vamos a hacer con la otra regresión, la que postula Freud en *Más allá del principio de placer*? Frente a ella sería difícil suponer que la conducta del analista debiera ser la misma que nos proponen Zetzel y Macalpine, y en general los psicólogos del yo, esto es *fomentar* la regresión. Para ello, lógicamente, no hay respuesta en Ginebra. Pero la habrá más adelante y nosotros ya la sabemos por el capítulo 3, la inanalizabilidad. Sin embargo, y por más que los criterios de analizabilidad se puedan apoyar en hechos clínicos valederos, es obvio que de ninguna manera podrían dar cuenta de los problemas que aquí quedan planteados.

6. Después del Congreso de Ginebra

La ponencia de la doctora Zetzel en el Congreso de Ginebra que acabamos de comentar es el punto de partida de una investigación penetrante sobre el papel que cumple en el proceso psicoanalítico la alianza terapéutica. De la comparación y el contraste entre esta alianza terapéutica y la neurosis de transferencia surgen los criterios de analizabilidad y la hipótesis de una regresión terapéutica en respuesta a las particularidades que ofrece al analizado el comienzo del tratamiento analítico. Simultáneamente se advierte en este empeño el intento de integrar a las teorías de Hartmann algunos aportes de Melanie Klein. Este esfuerzo es patente en «An approach to the relation between concept and content in psychoanalytic theory», coetáneo del trabajo de Ginebra, y en «The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus». Este trabajo, que apareció en el número del *International Journal* de 1965 festejando los 70 años de Hartmann, lo dice expresamente: «Traté en esta forma de reducir la brecha entre el concepto de Hartmann acerca de la autonomía secundaria del yo y las teorías que enfatizan las relaciones de objeto tempranas mediante un modelo del desarrollo que atribuyen funciones yoicas mayores en su iniciación en la temprana relación madre-niño» (*Revista Uruguaya*, vol. 7, pág. 352).²⁰ Y al comienzo de este mismo trabajo dice inequívocamente que en «Concept and content» comparó las contribuciones de Hartmann, Kris, Löwenstein y Rapaport con las de Klein y su escuela (*ibid.*, pág. 326).

Los resultados de esta tarea se pueden encontrar en el libro que escribió con Meissner, y que apareció después de su muerte. En ese libro el

²⁰ «I have thus tried to narrow the gap between Hartmann's concept of secondary autonomy of the ego and theories emphasizing early object relations by a developmental model which attributes major ego functions to their initiation in the early mother-child relationships» (*International Journal*, vol. 46, pág. 51). Propondría la siguiente traducción: «He tratado, pues, de reducir la brecha entre el concepto de Hartmann sobre la autonomía secundaria del yo y las teorías que subrayan las tempranas relaciones de objeto mediante un modelo del desarrollo que atribuye la iniciación de las funciones mayores del yo a la temprana relación madre-niño».

psicoanálisis es concebido a la vez como una teoría de la estructura y el desarrollo, mientras que el tratamiento analítico se entiende como la dialéctica de la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica. La diferencia entre ambas, sin embargo, ya no es tan notoria y tajante.

La alianza terapéutica se sigue entendiendo como asentada en las funciones autónomas del yo, y concretamente en la autonomía secundaria; pero se la remite a las primeras relaciones de objeto del niño con los padres, en especial con la madre. De esta manera, uno de los dilemas planteados por la autora en 1956 parece resolverse reconociendo ahora una importancia mayor a la relación temprana de objeto: «Las diferencias en la interpretación del papel del analista y de la naturaleza de la transferencia surgen del énfasis, por una parte, en la importancia de las relaciones tempranas de objeto y, de la otra, por una atención preferente en el papel del yo y sus defensas», había dicho en Ginebra.²¹

En 1974 se mantiene íntegramente el concepto de que la alianza terapéutica es la base indispensable del tratamiento analítico y se la vuelve a definir como una relación positiva y estable entre el analista y el paciente que permite llevar a cabo la labor de análisis (pág. 307). Como en otros trabajos anteriores, se sostiene que la alianza terapéutica es pregenital y diádica pero su límite con la neurosis de transferencia se hace más fluido, más coyuntural y funcional. «En primer lugar, y como ya se ha indicado, aquellos que subrayan el análisis de la defensa tienden a establecer una diferenciación nítida entre la transferencia como alianza terapéutica y la neurosis de transferencia como formación de compromiso que sirve a los fines de la resistencia».²² Estas afirmaciones se suavizan mucho (al menos así me parece a mí) en 1974. «Como esas facultades del yo están tan íntimamente ligadas a la resolución de conflictos pregenitales experimentados en el contexto de una relación unilateral, no sorprende que, cuando el analista se aproxima al nivel de los conflictos pregenitales, la relación que constituye la base de la alianza terapéutica esté ella misma incluida en el análisis de la transferencia» (1974; págs. 308-9 de la ed. cast., 1980). Y en la página 310: «Cuando el análisis de transferencia comienza a llegar a esos niveles de conflictos pregenitales, la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica tienden a mezclarse, a veces hasta un punto tal que no es posible distinguirlas». Estas afirmaciones podrían ser aceptadas, creo yo, por más de un analista kleiniano.

7. Algo más sobre la regresión analítica

En un párrafo anterior señalé que el concepto de regresión analítica (o terapéutica) enfrentaba al ensayo de 1956 con sus dificultades más fuertes. No hacía más que reiterar así las objeciones a la teoría de la

²¹ Zetzel (1956a), pág. 369.

²² *Ibid.*, pág. 371.

regresión en el setting que formulé en mi trabajo de 1979, que se incluye más adelante como capítulo 40.

El libro de 1974 (págs. 303 y sigs. de la ed. cast.) refirma que la regresión analítica sirve para reabrir el conflicto fundamental que clausuró la personalidad al terminar el período edípico, con lo que se ofrece la posibilidad de elaborarlo y resolverlo. Se reitera, también, lo que se dijo en 1956, que hay dos tipos de regresión. Los dos tipos que ahora se proponen, sin embargo, no son ya los que discutió Lagache en su ensayo de 1951, por cuanto se dice que «en el proceso analítico debemos distinguir entre regresión instintual y regresión del yo» (*ibid.*, pág. 305).

Se afirma, asimismo, que la regresión instintiva se sigue de un aumento de energía en el sistema cerrado, lo que moviliza a su vez la angustia señal; pero se decide ahora, claramente, un punto oscuro (al menos para mí) del ensayo de Ginebra: «Esta liberación regresiva de energía es compatible con la conservación de una autonomía secundaria, siempre que las funciones fundamentales del yo permanezcan intactas» (*ibid.*, pág. 305). De donde se concluye que «la regresión instintual es esencial en el proceso analítico y puede considerarse potencialmente favorable a la adaptación. En cambio, la regresión del yo impide el proceso analítico y debe considerarse como peligrosa» (*ibid.*, págs. 305-6). Ya en su trabajo de 1965, Zetzel admitía estos dos tipos de regresión. Decía allí, siguiendo a Hartmann, que las características definitivas del yo que poseen autonomía secundaria son más estables que las defensas del yo, pero dejando bien en claro que esas cualidades pueden estar sujetas a regresión en determinadas circunstancias.²³ Más adelante, siempre en el mismo ensayo, vuelve sobre el tema y reitera que «hasta los individuos cuyo equipo básico es esencialmente sano continúan sujetos a procesos regresivos que afectan su autonomía secundaria en situaciones específicas de tensión. Esta regresión en la situación analítica debe ser diferenciada de la regresión instintiva que es un acompañante aceptable del análisis trasferencial».²⁴

Con esta reiterada y categórica afirmación de que la autonomía secundaria debe quedar al margen del proceso de regresión terapéutica (que no era tan clara en 1956), también se desliga de hecho el postulado de la regresión terapéutica de las teorías de Hartmann, aunque nunca lo diga en estos términos la doctora Zetzel.

Las teorías de Hartmann serían aplicables si el proceso de regresión terapéutica movilizara la energía ligada a la autonomía secundaria y la arrojara al caldero en ebullición del proceso primario, para usar la plástica metáfora de David Rapaport en su clásico ensayo de 1951; pero esta posibilidad, acabamos de verlo, ha quedado definidamente rechazada.

Llegados a este punto, podemos prever que la doctora Zetzel va a buscar apoyo en las teorías que subrayan la importancia de la temprana relación de objeto, y así es en efecto. «He sugerido como premisa mayor de esta discusión — dice Zetzel — que la relación de objeto primera y más

²³ Zetzel (1965), pág. 41.

²⁴ *Ibid.*, pág. 46.

significativa, la que conduce a una identificación del yo ocurre en la temprana relación madre-niño. La naturaleza y la cualidad de este logro temprano se relaciona con la iniciación de la autonomía secundaria» (traducción personal).²⁵

Si bien la regresión es un acompañante inevitable del proceso analítico, concluye la autora, el paciente debe retener y reforzar su capacidad para la confianza básica y la identificación positiva del yo. Este es un prerequisite esencial del proceso analítico que depende de la regresión potencialmente al servicio del yo.²⁶

Luego de establecer claramente que la alianza terapéutica depende de la autonomía secundaria y esta de la (buena) relación de objeto con la madre, Zetzel llega a la conclusión de que la regresión terapéutica está al servicio del yo. Con esto ya se hace difícil mantener que la neurosis de transferencia es un mecanismo de defensa del yo y que la regresión es una manifestación de la resistencia, como se dijo en el Congreso de Ginebra.²⁷ Volveremos a este apasionante tema en la cuarta parte de este libro.

²⁵ «I have suggested as a major premise of this discussion that the first and most significant object relation leading to an ego identification occurs in the early mother-child relationship. The nature and quality of this early achievement has been correlated with the initiation of secondary ego autonomy» (1965, págs. 48-9).

²⁶ *Ibid.*, pág. 49.

²⁷ (1956a), pág. 372.

19. La relación analítica no trasferencial

1. Trasferencia y alianza

Freud comprendió claramente en sus trabajos técnicos la naturaleza altamente compleja de la relación que se establece entre el analista y el analizado y pudo formularla rigurosamente en su teoría de la transferencia. Desde el punto de vista de la marcha de la cura, discriminó también dos actitudes del analizado, dispares y contrapuestas, de cooperación y resistencia. Seguramente por su firme convicción de que hasta los más elevados rendimientos del espíritu hunden su raíz en la sexualidad, Freud prefirió incluirlas en la transferencia. Así, cuando hizo su clasificación en «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b) dijo que las resistencias se alimentan tanto de la transferencia erótica cuando asume un carácter sexual como de la transferencia negativa (hostil), dejando separada de ellas a la *transferencia positiva sublimada*, motor de la cura tanto en el análisis como en los otros métodos de tratamiento.

Algunos autores lamentan esta decisión freudiana y piensan que si hubiera separado más resueltamente ambas áreas, la investigación ulterior se habría simplificado. La postura de Freud, sin embargo, puede ser que tenga que ver con la inherente dificultad de los hechos que se le planteaban y que nosotros todavía estamos discutiendo.

Nadie duda, por de pronto, que la alianza terapéutica tiene que ver muchas veces con la transferencia positiva y hasta con la negativa (cuando factores de rivalidad, por ejemplo, llevan al paciente a colaborar), si bien es legítimo el intento de separar conceptualmente ambos fenómenos. Apresurémonos a decir que, para este empeño, se pueden transitar varios caminos teóricos, el de la sublimación que sigue Freud, el área libre de conflictos de Hartmann y otros.

La verdad es que, con pocas excepciones, los autores siguen el criterio de Freud y visualizan la alianza terapéutica como un aspecto especial de la transferencia.

2. Las ideas de Greenson

Cuando con toda la pasión de que era capaz Greenson empieza a estudiar el problema en los años sesenta, entiende que su *alianza de trabajo* es un aspecto de la transferencia que no se ha separado claramente de

otras formas de reacción trasfereñcial.¹ «La alianza de trabajo —dirá categóricamente dos años después— es un fenómeno de trasfereñcia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado».²

En su trabajo de 1965 recién citado, Greenson define la alianza de trabajo como el *rappor*t relativamente racional y no neurótico que tiene el paciente con su analista.³

De la misma forma la describe en su libro: «La alianza de trabajo es la relación relativamente racional y no neurótica entre paciente y analista que hace posible para el paciente trabajar con determinación en la situación analítica».⁴ La alianza se forma, como ya dijo Sterba, entre el yo racional del paciente y el yo racional del analista, a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del analista, que el paciente vivencia de primera mano en la sesión.

Para Greenson, la alianza de trabajo depende del paciente, del analista y del encuadre. El paciente colabora en cuanto le es posible establecer un vínculo relativamente racional a partir de sus componentes instintivos neutralizados, vínculo que tuvo en el pasado y surge ahora en la relación con el analista. El analista, por su parte, contribuye a la alianza de trabajo por su consistente empeño en tratar de comprender y superar la resistencia, por su empatía y su actitud de aceptar al paciente sin juzgarlo o dominarlo. El encuadre, por fin, facilita la alianza de trabajo por la frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, el uso del diván y el silencio. Los factores del encuadre, dice Greenson citando a Greenacre (1954), promueven la regresión y también la alianza de trabajo.

La diferencia entre la neurosis de trasfereñcia y la alianza de trabajo no es absoluta. La alianza puede contener elementos de la neurosis infantil que requieran eventualmente ser analizados (1967, pág. 193). En realidad, la relación entre una y otra es múltiple y compleja. A veces una actitud claramente ligada a la neurosis de trasfereñcia puede reforzar la alianza de trabajo y, viceversa, la cooperación puede usarse defensivamente para mantener reprimido el conflicto, como pasa a veces con el neurótico obsesivo, siempre aferrado a lo racional.

La alianza de trabajo contiene siempre, pues, una mezcla de elementos racionales e irracionales.

3. Una división tripartita

Como ya hemos visto, Greenson postuló en su trabajo de 1965 que el fenómeno trasfereñcial (y por ende el tratamiento analítico) debe entenderse como una relación entre dos fuerzas paralelas y antitéticas, la neurosis

¹ (1965a), pág. 156.

² (1967), pág. 207.

³ (1965a), pág. 157.

⁴ (1967), pág. 46.

de transferencia y la alianza de trabajo, ambas de pareja importancia.⁵ En el capítulo 3 de su libro de técnica, sin embargo, establece una relación distinta, porque habla, por un lado, de alianza de trabajo (parág. 3.5) y, por otro, de la relación real entre paciente y analista (parág. 3.6).

Real, para Greenson, significa dos cosas: lo que no está distorsionado y lo genuino. Las reacciones transferenciales no son reales en el primer sentido de la palabra, ya que están distorsionadas; pero son genuinas, se las siente verdaderamente. Al revés, la alianza de trabajo es real en el primer sentido del término, esto es, acorde con la realidad (objetiva), apropiada, no distorsionada; pero, en cuanto surge como un artefacto de la cura, no es genuina.

La división tripartita de Greenson poco agrega, a mi juicio, al tema que estamos discutiendo. Si la tomáramos al pie de la letra, tendríamos que dividir en tres frentes nuestro campo de trabajo, fomentando lo que nos ayuda del analizado aunque no sea genuino, aceptando que colabore con nosotros por motivos espurios.

Creo que Greenson se equivoca en este punto porque trata de plasmar en teoría la complejidad a veces confusa de los hechos.

4. Greenson y Wexler en el Congreso de Roma

En el XXVI Congreso Internacional de 1969, acompañado esta vez por Wexler, Greenson da un paso decisivo en su investigación: divide la relación analítica en transferencial y no transferencial. Quedan en pie las dos partes de siempre, la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo (o terapéutica); pero esta última se segrega conceptualmente de aquella. La alianza de trabajo queda por fin definida como una interacción real (a veces con comillas y otras sin ellas para mostrar la vacilación de los autores), que puede requerir por parte del analista intervenciones distintas que la interpretación.

Como recuerdan los autores, todo esto ya lo había puntualizado con su proverbial claridad Anna Freud en el Simposio de Arden House de 1954: el paciente tiene una parte sana de su personalidad que mantiene una relación real con el analista. Dejando a salvo el respeto debido al estricto manejo de la situación transferencial y su interpretación, hay que darse cuenta de que analista y paciente son dos personas reales, de igual rango, con una relación también real entre ellas. Descuidar este aspecto de la relación es tal vez el origen de algunas reacciones de hostilidad de parte de los pacientes, que nosotros después calificamos de transferidas.⁶

Como toda relación humana, la relación analítica es compleja y en ella hay siempre una mezcla de fantasía y realidad. Toda reacción transferencial contiene un germen de realidad y toda relación real tiene algo de

⁵ (1965a), pág. 179.

⁶ *Writings*, vol. 4, pág. 373. También en *Estudios psicoanalíticos*, pág. 42.

trasferencia. El pasado siempre influye en el presente, porque no hay nunca un presente puntiforme e inmediato, sin apoyo pretérito; pero esto solamente no significa que haya transferencia.⁷

Si sostenemos que el analista es un observador imparcial que se ubica equidistantemente frente a todas las instancias psíquicas, entonces debemos asumir que el analista debe reconocer y trabajar con las funciones y/oicas que incluyen el test de realidad.⁸

Creo que las ideas de Greenson y Wexler que acabo de resumir son ciertas y casi diría que indiscutibles. Se puede cuestionar, desde luego, qué vamos a entender por transferencia y qué por realidad; pero, una vez que dejemos de discutir sobre esto, tendremos que reconocer que nuestra tarea consiste en contrastar dos órdenes de fenómenos, dos áreas de funcionamiento mental. Podremos llamarlas, según nuestras predilecciones teóricas, verdad material y verdad histórica, fantasía y realidad, tópica de lo imaginario y lo simbólico, área de conflicto y yo autónomo; pero siempre estarán.

Antes de ir a Roma, Greenson y Wexler podrían haber encontrado muchas de sus justas admoniciones en la introducción de *The psychoanalytical process* de Meltzer, ya escrito para ese tiempo. Meltzer afirma que, en menor o mayor grado, siempre existe en cada enfermo, aunque no siempre sea asequible, un nivel más maduro de la mente que deriva de la identificación introyectiva con objetos internos adultos, y puede ser llamado con razón la «parte adulta». Con esta parte se constituye una *alianza* durante la tarea analítica. Un aspecto de la labor analítica que alimenta esta alianza consiste en indicar y explicar la cooperación requerida, al par que estimularla.⁹ El lenguaje es distinto y diferentes los supuestos teóricos; pero las ideas son las mismas.

En la discusión en Roma las objeciones al trabajo de Greenson y Wexler pueden clasificarse en teóricas (cuando no semánticas) y técnicas. Estoy convencido de que cuando se superponen sin advertirlo estos dos aspectos, la discusión se hace confusa y también más exasperada. Algunos analistas parecen tener temor de que con la llave (¡o la ganzúa!) de la alianza terapéutica se reintroduzcan en su severa técnica los siempre peligrosos métodos activos. El riesgo existe y hay que tenerlo en cuenta; pero no por esto vamos a tirar al niño con el agua del baño.

Como moderadora de la discusión, Paula Heimann (1970) propuso algunas cuestiones, de las cuales la fundamental parece ser su opinión de que la definición de transferencia de Greenson es muy estrecha. Freud, recuerda Heimann, reconoció la transferencia positiva sublimada como un factor indispensable de la cura. Este aspecto de la transferencia se liga a la confianza y a la simpatía que forman parte de la condición humana. Sin

⁷ «One can hardly argue the question that the past does influence the present, but this is not identical to transference» (Greenson y Wexler, 1969, pág. 28). En este punto, la formulación de Greenson y Wexler es casi idéntica a la que yo hice al comparar transferencia y experiencia.

⁸ *Ibid.*, pág. 38.

⁹ Meltzer (1967), pág. xiii.

la confianza básica el infante no sobrevive y sin la transferencia básica el analizado no emprende el análisis.

La discrepancia de Heimann en este punto es categórica, pero sólo semántica: ella prefiere llamar lisa y llanamente transferencia básica a lo que Greenson y Wexler aíslan como alianza de trabajo.

Los reparos técnicos de Paula Heimann van más al fondo del asunto y a ellos nos referiremos en el próximo párrafo.

5. De cómo reforzar la alianza terapéutica

La alianza de trabajo no sólo existe sino que puede ser reforzada o inhibida. Si no existe, marca para Greenson el límite de la inanalizabilidad. Tenerla en cuenta y fomentarla puede transformar en analizables pacientes muy perturbados.

Como ya se ha dicho, la contribución más importante del analista a la alianza terapéutica proviene de su trabajo diario con el paciente, de la forma en que se comporta frente a él y su material, de su interés, su esfuerzo y su compostura. Al mismo tiempo, la atmósfera analítica, humanitaria y permisiva, al par que moderada y circunspecta, es también decisiva.

Cada vez que se introduce una medida nueva es necesario explicarla, y más si es disonante con los usos culturales, sin perjuicio de analizar cuidadosamente la respuesta del analizado.

Un elemento que refuerza notablemente la alianza de trabajo es la franca admisión por parte del analista de sus errores técnicos, sin que ello implique para nada ningún tipo de confesión contratransferencial, procedimiento que Greenson y Wexler critican severamente.

Estos son los recaudos principales que proponen Greenson y Wexler para fortalecer la alianza de trabajo que —reiteran— nada tienen que ver con las técnicas activas o algún tipo de *role playing*.

Hay un comentario zumbón de Paula Heimann que puede ser el punto de partida para discutir algunos de los recaudos con que Greenson y Wexler buscan reforzar la alianza de trabajo.

Greenson afirma que hay que reconocer nuestros errores y fallas cuando el analizado los advierte y Paula Heimann le pregunta por qué no hacemos lo mismo cuando el analizado nos elogia. Greenson sale del paso diciendo que, por lo general, los elogios del paciente son exagerados y poco realistas, pero ese no es el caso. ¿Aceptaríamos, acaso, el elogio si fuera cierto y ajustado?

A diferencia de Greenson yo creo que no corresponde reforzar o rectificar el juicio de realidad del analizado. Sigo pensando, como Strachey (1934), que, aunque suene paradójico, la mejor manera de restablecer el contacto del paciente con la realidad es no ofrecérsela por nosotros mismos.

Tomemos el ejemplo que propone Greenson (1969), el del paciente Kevin que sólo al final de un exitoso análisis se atreve a decirle a su analista que a veces habla un poco más de la cuenta. Justamente porque Ke-

vin consideraba que su juicio era certero le resultaba difícil emitirlo. Sabía que Greenson toleraría sin perturbarse un exabrupto de su parte, todo lo que viniera con su asociación libre; pero temía herirlo al decir esto, pensando como pensaba que era cierto y suponiendo que el propio Greenson también lo pensaría. Greenson le repuso que estaba en lo cierto, que había percibido correctamente un rasgo de su carácter y que acertaba también en que le era doloroso que se lo señalaran. Al aceptar el correcto juicio de Kevin, Greenson produce lo que él llama una medida *no analítica*, que debe diferenciarse de *medidas antianalíticas*, las que bloquean la capacidad del paciente para adquirir insight.

Ignorar el juicio crítico de Kevin pasándolo por alto o tratándolo meramente como asociación libre o como un dato más a ser analizado habría confirmado su temor de que el analista no podía reconocer derechamente lo que le decía. O bien habría pensado que sus observaciones y juicios eran sólo material clínico para el analista, sin valor intrínseco, sin mérito propio. O, peor todavía, habría concluido que lo que dijo creyéndolo cierto no era más que otra distorsión trasfereencial.

Pasar por alto la observación de Kevin o responder con una «interpretación» que la descalificara sería, por cierto, como dice Greenson, un grave error técnico (y ético), tanto más lamentable cuando el analizado podía emitir por fin un juicio a su parecer certero, que había silenciado por años.

Estas dos alternativas no son, sin embargo, las únicas posibles. Podría darse con una interpretación que mostrara a Kevin su temor a que el analista no tolere el dolor de algo que siente que es cierto, tal vez porque eso mismo le pasa a él en este particular momento del análisis en que tiene la capacidad de ver las fallas propias y ajenas y le duele. Una interpretación como esta, que según mi propio esquema referencial apunta a las angustias depresivas del paciente, respeta su juicio de realidad sin necesidad de aprobarlo. Decirle, en cambio, que siente envidia por mi palabra-pene (o pecho) o que quiere castrarme sería, eso sí, descalificadorio, como dice Greenson; pero, en realidad, una intervención de ese tipo no es una interpretación, sino simplemente un acting-out verbal del analista.

Recuerdo una situación similar con una paciente neurótica que estaba saliendo de un largo y penoso periodo de confusión. Llegó muy angustiada y me dijo que creía estar loca porque había visto junto a la puerta de un departamento del mismo piso que el consultorio el felpudo que yo usaba en mi consultorio anterior. (Hacía poco que había mudado el consultorio, y mi mujer había puesto ese felpudo en el departamento donde ahora vivíamos.) Refrené apenas el desco de decirle, creo que de buena fe, que había visto bien, que ese era el felpudo del consultorio. Pensé que retener esa información no era ni honesto ni bueno para una enferma que tanto dudaba de su juicio de realidad. Asocié de inmediato que, cuando mi esposa puso aquel felpudo frente al nuevo departamento, estuve a punto de decirle que no lo hiciera porque algún paciente podría reconocerlo y enterarse así de mi domicilio particular. Recordé que no lo hice para no llevar al extremo la reserva analítica y lamenté ahora no haberse-

lo dicho. Concluí que había cometido un error; una verdadera locura, me pareció; algo que no estaba de acuerdo con mi técnica. Interpreté, entonces, que ella pensaba que el felpudo era efectivamente el de mi consultorio y que, al verlo ahora en otro sitio, pensó que era como si yo le hubiera querido comunicar que allí estaba mi casa. Conociendo ella como conocía mi estilo como analista, agregué, y habiéndome criticado alguna vez por parecerle rígido, sólo podía pensar que yo me había vuelto loco, y me lo decía afirmando que *ella* estaba loca. Pasó como por encanto la angustia de la paciente y yo mismo me sentí tranquilo. Repuso serenamente que lo advirtió el primer día y no lo pudo creer pensando que yo no iba a salirme en esa forma de mi técnica. Agregó entonces, bondadosamente, que seguramente lo habría puesto mi mujer sin que yo lo advirtiera. De ahí a la escena primaria ya no había más que un paso.

Creo, como Greenson, que escamotear un problema de este tipo con el pretexto de preservar el setting es rotundamente antianalítico, lo mismo que salir del paso con una interpretación defensiva, que descalifica y no interpreta. Los recursos no analíticos de Greenson, sin embargo, no son tan inocuos como parecen. Tienen el inconveniente de que nos hacen asumir como analistas la responsabilidad del juicio o la percepción del analizado, lo que nunca es bueno; y, por poco que sea, nos hacen abandonar por un momento el método. Tal vez por esto Greenson y Wexler le reprochan a Rosenfeld cuando dice que, si falla con su interpretación, piensa en principio que era esta y no el método lo que estaba equivocado, a pesar de que, en este punto, Rosenfeld no hace más que cumplir con las expectativas de cualquier comunidad científica.

6. La alianza terapéutica del niño

Por la naturaleza especial de la mente infantil, se comprende que la alianza terapéutica tenga en los niños características especiales. Vamos a seguir en este párrafo la discusión de Sandler, Hansi Kennedy y Tyson con Anna Freud (1980).

«La alianza de tratamiento es un producto del deseo conciente o inconciente del niño para cooperar y de su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para vencer sus dificultades internas y sus resistencias».¹⁰

Esto equivale a decir que el niño acepta que tiene problemas y está dispuesto a enfrentarlos a pesar de sus resistencias y de las que pueden provenir desde afuera, de la familia. Aunque es siempre difícil trazar una línea divisoria neta entre la alianza terapéutica y la transferencia, siempre es posible intentarlo. A veces el niño expresa claramente su necesidad de ser ayudado frente a sus dificultades internas, otras la alianza es un aspecto de la transferencia positiva y el analista sólo un adulto significativo por el cual el niño se deja llevar y con el cual está dispuesto a trabajar o

¹⁰ Sandler, Kennedy y Tyson (1980), pág. 45.

una figura materna que lo va a ayudar. A esto se agrega la experiencia misma del análisis, donde el niño se encuentra con una persona que lo comprende y le despierta sentimientos positivos.

Desde el punto de vista de las instancias psíquicas la alianza de tratamiento no depende sólo de los impulsos libidinales y agresivos del ello sino que surge también del yo y del superyó.

No es por cierto lo mismo la alianza que surge del reconocimiento de las dificultades internas (conciencia de enfermedad y necesidad de ser ayudado) que la que nace de la transferencia positiva. En el pasado, el buen desarrollo del análisis se centraba en la idea de transferencia positiva; pero hoy esos factores se evalúan con reserva. De aquí nace justamente la idea de diferenciar la alianza de tratamiento y la transferencia. La famosa luna de miel analítica no es más que el resultado de un análisis que comienza en transferencia positiva.

Así como el superyó participa en la alianza de tratamiento haciendo que el niño asuma la responsabilidad de no faltar a las sesiones y de trabajar con el analista, también los padres que lo estimulan a emprender y continuar el tratamiento forman parte de la alianza. De este modo, la continuación del tratamiento puede residir más en los padres que en el niño, con lo que la evaluación de la alianza de tratamiento se hace más difícil que en el adulto. Cuando falla la alianza terapéutica el adulto deja de venir, pero el niño puede seguir haciéndolo mandado por los padres.

La alianza de tratamiento puede definirse (y conceptuarse) en dos formas distintas. Descriptivamente se compone de todos los factores que mantienen al paciente en tratamiento y le permiten seguir adelante a pesar de la resistencia o de la transferencia negativa. Según una definición más estrecha se basa específicamente en la conciencia de enfermedad y en el deseo de hacer algo con ella, que se liga con la capacidad de tolerar el esfuerzo y el dolor de enfrentar las dificultades internas. La definición amplia incluye los elementos del ello que pueden apuntalar la alianza de tratamiento, mientras que la segunda tiene en cuenta estrictamente lo que depende del yo.

Ya mencionamos, al hablar de las indicaciones del análisis, que Janine Chasseguet-Smirgel (1975) considera que la alianza reside, en buena parte, en el ideal del yo, que fija sus objetivos al analizado.

7. Pseudoalianza terapéutica

Muchos autores, como Sandler *et al.* (1973), Greenson (1967) y otros, señalan que, frecuentemente, la alianza terapéutica y la transferencia se confunden, que a veces la alianza reposa en elementos libidinales y, menos frecuentemente, agresivos; y otras la alianza misma se pone al servicio de la resistencia impidiendo el desarrollo de la neurosis de transferencia. A partir de estas observaciones clínicas, Moisés Rabi (1981) considera que debe tenerse siempre en cuenta la formación de una *pseudo-*

alianza terapéutica y prestar atención a los indicadores clínicos que puedan descubrirla.

Rabih considera que la pseudoalianza terapéutica es una expresión de lo que Bion (1957) llama personalidad psicótica (o parte psicótica de la personalidad), que asume a veces la forma de la reversión de la perspectiva (Bion, 1963). Una de las características de la reversión de la perspectiva, recuerda Rabih, es la aparente colaboración del analizado.

En cuanto expresa la parte psicótica de la personalidad, la pseudoalianza terapéutica oculta bajo una fachada de colaboración sentimientos agresivos y tendencias narcisistas, cuya finalidad es justamente atacar el vínculo y entorpecer la labor analítica.

Esta configuración psicopatológica de narcisismo y hostilidad que se controlan y a la vez se expresan en la pseudocolaboración, con rasgos de hipocresía y complacencia, provocan como es de suponer una grave sobrecarga en la contratrasferencia. El analista se encuentra preso en una difícil situación, ya que percibe que su trabajo está seriamente amenazado por alguien que a la vez se presenta como su aliado. Por esto Rabih sostiene que uno de los indicadores más preciosos para detectar el conflicto y poder interpretarlo ajustadamente es prestar atención a la contratrasferencia. Si el conflicto contratrasferencial se hace dominante, es posible que la pseudocolaboración del analizado encuentre su contrapartida en las pseudointerpretaciones del analista.

20. Alianza terapéutica: discusión, controversia y polémica

La idea de alianza terapéutica es fácil de entender intuitivamente, pero cuesta ponerla en conceptos. Tal vez sea por esto que, cuando discutimos el tema, todos tenemos una cierta tendencia a absolver posiciones, ya que siempre es más fácil la polémica que el sereno examen de los problemas y sus complejidades. Por otra parte, un tema que toca tan de cerca a nuestra praxis y que hunde sus raíces en la historia del psicoanálisis se presta para la discusión frontal y apasionada. Al terminar su ponencia en el Congreso de Roma, Greenson y Wexler recuerdan palabras de Anna Freud en el Simposio de Arden House para señalar que tal vez sea por esto que el relato de ellos tiene un tono algo desafiante y polémico. Yo quisiera que lo que voy a decir pueda servir para pensar y no para discutir; pero, desde luego, no puedo estar seguro de mí mismo.

Cuando en capítulos anteriores traté de precisar y delimitar el concepto de transferencia oponiéndolo al de experiencia por un lado y por otro al de realidad, señalé explícitamente que el acto de conducta, el proceso mental o como quiera llamársele es la resultante de esos dos elementos: siempre hay en él un poco de irrealidad (transferencia) y un poco de realidad; y siempre el pasado se utiliza para comprender el presente (experiencia) y para equivocarlo (transferencia).

Será, entonces, una cuestión a decidir en cada caso, en cada momento, si acentuaremos lo uno o lo otro; pero, en última instancia, una buena apreciación de la situación (y esta apreciación se llama en nuestro quehacer «interpretación») tiene que contemplar las dos cosas. Es un problema más de nuestra táctica que de nuestra estrategia que subrayemos una u otra, ya que la situación está integrada siempre por estos dos factores.

Estos dos aspectos coinciden con lo que hemos llamado en estos capítulos neurosis de transferencia y alianza terapéutica (o de trabajo). Es a mi juicio ilusorio ver una sin la otra y baste decir que cuando contempla la realidad interna el analista no puede sino contrastarla con la otra para diferenciarla.

La alianza de trabajo se establece sobre la base de una experiencia previa en la que uno pudo trabajar con otra persona, como el bebé con el pecho de la madre, para remitirnos a las fuentes. A este fenómeno yo no le llamo transferencia, en cuanto es una *experiencia* del pasado que sirve para ubicarse en el presente y no algo que se repite irracionalmente del pasado perturbando mi apreciación del presente. De esta forma, co-

mo Greenson y Wexler, yo también separo la alianza terapéutica de la transferencia; pero a ambas, y en un todo de acuerdo con Melanie Klein, las hago arrancar de las relaciones tempranas de objeto, de la relación del niño con el pecho, a lo que también llega finalmente Zetzel por su propio camino. Toda vez que el sujeto utilice el modelo de mamar del pecho y los otros no menos importantes del desarrollo para entender y cumplir la tarea que se le presente habrá realizado una alianza de trabajo. Toda vez que pretenda utilizar la labor que se le plantea en el presente para volver a prenderse al pecho incurrirá en flagrante transferencia.¹

Se piensa que, por lo general, la alianza terapéutica es más conciente que la neurosis de transferencia, pero no tiene que ser necesariamente así. En la mayoría de los casos el paciente subraya su colaboración y entonces nosotros tenemos que interpretar la otra parte, la resistencia; pero la situación puede ser opuesta en un melancólico o en un psicópata, donde puede estar reprimida la alianza terapéutica, porque es lo más inaceptable, lo más temido, lo inconciente. En este caso puede discutirse, desde luego, si lo que se interpretó es la alianza terapéutica o simplemente la transferencia positiva; pero esto se podría resolver discriminando en la medida de lo posible el componente racional que es verdaderamente la alianza terapéutica, donde las experiencias pasadas están al servicio de la tarea actual, y el irracional en el cual está contenida la transferencia positiva. Más frecuentemente sucede, que se interpreta la transferencia (positiva o negativa) y que con eso se afianza la alianza terapéutica.

Es evidente que si nosotros decimos que hay analistas que sólo ven la transferencia y que desestiman la realidad estamos afirmando, simplemente, que esos analistas están equivocados, cuando no psicóticos —ya que es el psicótico el que no ve la realidad—. Basta leer un par de sesiones de Ricardito para ver hasta qué punto Klein (1961) atiende los aspectos de la realidad, sea la enfermedad de la madre, la licencia del hermano que lucha en el frente, la invasión de Creta, el bloqueo del Mediterráneo, etcétera.

Conviene reconocer, para ser justos, sin embargo, que ni Melanie Klein ni sus discípulos, con la sola excepción quizá de Meltzer, tienen en cuenta el concepto de alianza de trabajo. Lo dan por entendido y por obvio, pero ni lo integran a su teoría ni creen necesario hacerlo. A pesar de esta falla teórica, esta *falta* como diría Lacan, todos los analistas kleinianos (y nadie más, tal vez, que Betty Joseph) analizan continua y rigurosamente las fantasías del paciente con respecto a la tarea analítica. Bion, a quien nadie va a considerar un psicólogo del yo, habló ya en 1961 de grupos de trabajo y grupos de supuesto básico, como lo hizo también en esa época y antes Enrique Pichon Rivière en Buenos Aires. Bion, sin embargo, nunca se ocupó de trasegar al proceso analítico aquellas fecundas ideas. Diré de paso que en el capítulo III de su libro de técnica (1973), Sandler recuerda hidalgamente a Bion en este punto; y, sin embargo, en el mismo párrafo dice poco menos que los kleinianos nos llevamos por

¹ Utilizo aquí el modelo del bebé con el pecho por simplicidad, pero mi esquema se aplica a cualquier relación de objeto, al entrenamiento esfinteriano, por ejemplo.

delante la realidad y sólo vemos en las comunicaciones y comportamientos del paciente transferencia de actitudes y sentimientos postulados como infantiles. ¿Cree mi amigo Sandler, por ventura, que si en el Buenos Aires de hoy algún paciente me dice que no puede pagar mis honorarios completos yo le interpreto que me quiere castrar o que tiene envidia a mi pecho? ¿O piensa, más benévolamente, que le rebajo los honorarios? Sería lindo no tener en cuenta la realidad. Pero es por desgracia imposible.

Paula Heimann dijo en Roma que algunos postulados de Greenson y Wexler coincidían con las enseñanzas freudianas más obvias y elementales; pero esto también puede ser injusto, porque todo depende del énfasis con que nosotros nos expidamos. Ni Greenson, ni Wexler, ni los demás autores que plantean a partir de Sterba la idea de alianza terapéutica pensarían nunca que ellos han propuesto algo que no estaba en el pensamiento de Freud. Lo que se discute es si estos autores llamaron la atención sobre algo que pasa en general inadvertido.

Una diferencia fundamental podría ser que sólo los psicólogos del yo parten de la idea de área libre de conflicto de Hartmann; pero, cuando se estudian con mucho cuidado todos estos trabajos, se ve que la monografía de 1939 los inspira pero no los apoya. Aun en su trabajo del número de homenaje a Hartmann, Elizabeth R. Zetzel asienta más su concepto de yo autónomo en la buena experiencia de la relación diádica con la madre que en el área libre de conflicto. Me parece, aunque tal vez me equivoque, que la gran analista de Boston rinde homenaje a Hartmann pero se refugia en Melanie Klein. Y en Freud, al fin y al cabo, cuando definió al yo como un precipitado de pasadas relaciones de objeto.

La escuela kleiniana, de cualquier manera, no acepta para nada que haya algo en la mente que esté separado del conflicto.

Lacan critica a los psicólogos del yo mordazmente, cruelmente, siempre más lacerantemente que a Klein. ¿Quiénes son los *egopsychologists*, dice indignado, para arrogarse el derecho de enjuiciar la realidad? ¿Y a qué llaman ellos realidad? La realidad para Lacan, como para Hegel, es ante todo una experiencia simbólica: todo lo real es racional, todo lo racional es real. Sólo la razón puede dar cuenta de los hechos; pero, en cuanto lo hace, ya los hechos se transformaron por obra de la razón. La realidad para mí es que me he reunido con un grupo de colegas para estudiar la alianza terapéutica; pero pregunten ustedes a la muchacha y va a decir que, en realidad, hay un grupo de personas reunidas para charlar, tomar café y ensuciar el salón. La realidad que ella ve es bien distinta en cuanto la simboliza de otra manera. La realidad cambia, las transformaciones son distintas. La crítica lacaniana a la psicología del yo parte de que no podemos adscribir a ese hipotético yo autónomo la capacidad de enjuiciar la realidad, porque tenemos que ponernos de acuerdo sobre qué es la realidad: no hay realidad que no esté mediatizada por la razón, por el orden simbólico.²

² La crítica lacaniana va en verdad mucho más allá, porque cuestiona de raíz al yo en sí mismo: lo considera ilusorio, imaginario, es decir, propio del estadio del espejo, que contrapone al sujeto y al orden simbólico.

Si tomamos el trabajo de Susan Isaacs sobre la fantasía o el de la interpretación trasfereñcial de Paula Heimann en el Congreso de Ginebra de 1955, es decir, antes que se apartara de esa escuela, y todos los trabajos de la misma Melanie Klein referidos a este tema, veremos que señalan permanentemente que hay una unidad indestructible entre lo interno y lo externo, que uno ve la realidad a través de proyecciones que son también percepciones. El proceso de crecimiento (e igualmente el que se da en la cura) consiste en ir modificando el juego de proyecciones e introyecciones para que grave cada vez menos la distorsión. Desde este punto de vista, pues, ningún psicoanalista que siga a Melanie Klein puede interpretar sin tener en cuenta la realidad. No hay que perder de vista que, por definición, la interpretación marca siempre el contraste entre lo subjetivo y lo objetivo, entre lo interno y lo externo, entre fantasía y realidad. Es este un punto que está muy claro en el trabajo de Strachey de 1934 y se refirma en el recién citado de Paula Heimann más de veinte años después. No podría ser de otra forma. Cuando yo le digo al paciente que él ve en mí a su padre, estoy implicando que yo no soy ese padre, que hay un padre otro que no soy yo. Si no fuera así, mi interpretación no tendría sentido.

En resumen, si queremos discutir este tema o cualquier otro sin el apasionamiento a que nos puede conducir la posición teórica de cada uno, debemos ver qué dice realmente cada autor y no hacerle decir algo con lo que no vamos a estar después de acuerdo.

Las críticas que se hacen recíprocamente las escuelas son justas solamente en el sentido de que cada teoría lleva implícita la posibilidad de errar por un camino más que por otro. El énfasis teórico en los mecanismos de adaptación puede hacer perder a Hartmann la visión del mundo interno; pero de ninguna manera este riesgo es ínsito a la teoría misma. La forma amplia con que Klein entiende la transferencia expone a sus discípulos a ver la transferencia más de la cuenta y descuidar la realidad; pero la teoría no dice que la realidad no exista.

Lacan apostrofa a Hartmann porque se arroga el derecho de decidir qué es la realidad, de sentirse con derecho de discriminar entre la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo, sin advertir que él corre un riesgo parecido cuando decide si su paciente está en el orden de lo imaginario o en el orden de lo simbólico. A mi juicio, el riesgo de Lacan es mayor, porque él se cree con derecho de interrumpir la sesión cuando *le parece* que el paciente incurre en lo que llama la palabra vacía.

La teoría de la alianza de trabajo lo protege a Greenson de no ser arbitrario, de aceptar lo que el paciente ve realmente, cuidándose de no descalificarlo. Si un paciente dice que me ve más canoso y yo le retruco que me confunde con su padre (o mejor diría con su abuelo), es más que probable que yo quiera negar una percepción real que el paciente tiene: instrumento una teoría cierta, la teoría de la transferencia, para negar la realidad. Greenson tiene completa razón cuando señala que es siempre fuerte para el analista la tentación de utilizar la teoría de la transferencia para negar los hechos; somos humanos, esto es evidente. El mal uso de la

teoría de la transferencia puede conducir a este tipo de descalificación, y este riesgo es mayor en la teoría de la transferencia de Melanie Klein en cuanto es mucho más abarcativa.

Una cosa es utilizar la interpretación para comprender lo que le pasa al paciente y otra muy distinta usarla para descalificar lo que el paciente ha visto, lo que el paciente ha percibido. Digamos, también, que este es un punto clave del trabajo de Paula Heimann (1956).

En general, cuando la interpretación descalifica se formula, como decía Bleger, como una negación. Una cosa es que yo le diga al paciente que me ve canoso porque me confunde con su padre y otra que le diga que al verme canoso le recuerdo al padre. En este último caso ni siquiera enjuicio la percepción del paciente. Me limito a decir que en cuanto me ve canoso me identifica con el padre. Podría yo no tener canas y valer lo mismo la interpretación.

Con esto nos acercamos a un problema que considero fundamental y del que ya dije algo cuando hablé de la forma que tiene Greenson de fomentar la alianza terapéutica. Sostengo que aceptar la percepción o el juicio del paciente como reales cuando así nos parece, tampoco modifica sustancialmente las cosas, como cree Greenson. La verdad es que una intervención que tienda a respaldar la percepción de mis canas es tan perturbadora como la que busca negarla. Porque lo que en realidad se trata es de respetar lo que el paciente ha percibido (o cree haber percibido) y hacer que él asuma la responsabilidad de esa percepción.

Es a través de grietas como esta, pequeña pero innegable, que las críticas de Lacan contra los psicólogos del yo encuentran justificación. Aquí podría decir Lacan, con aspaviento, que Greenson impone a Kevin su juicio de realidad. Más allá de estas situaciones límites, sin embargo, yo creo que los únicos que imponen su criterio de realidad al paciente son los analistas malos (o muy novatos) de todas las escuelas; y alguna vez también, concedámoslo, los más experimentados en momentos que sufren una sobrecarga muy fuerte en la contratransferencia. Si un paciente me dice que yo lo saludo con un tono distante o despectivo, refutarle o confirmarle es en realidad lo mismo: es como si yo creyera que puedo dictaminar sobre la realidad de su percepción; y no es así. Recuerdo un paciente que, ya al final de su análisis, me planteaba un problema de este tipo. Se quejaba de que yo no reconocía lo que él había percibido en mí (y que entre paréntesis era muy obvio). En lugar de apoyar su percepción, que ya dije que me parecía cierta, le interpreté que él quería depender de mí y no de lo que le informaban su juicio y sus sentidos. Al requerirme esa ratificación, volvía a delegar en mí su propia decisión sobre la realidad. Le señalé, también, la fuerte idealización que eso implicaba: daba por sentado que yo le iba a decir la verdad, que yo no podía engañarlo ni engañarme. En última instancia, el paciente está tan capacitado como el analista para percibir lo que a este le pasa —y aun más si hay un problema de contratransferencia—. Este aspecto es importante y a veces no se lo tiene en cuenta. Es inevitable que en cuanto creemos que podemos apreciar la realidad mejor que los otros nos transformamos en moralistas

o ideólogos. Como dice por ahí Bion, el analista no tiene que ver con los hechos sino con lo que el paciente *crea* que son los hechos.

Es típico de muchos movimientos disidentes del psicoanálisis reivindicar la importancia de la realidad social. Así pasó con el psicoanálisis culturalista de los años treinta y también en Buenos Aires en la década del setenta. La bandera que levantaron estos disidentes era que el análisis kleiniano era ideológico. Yo pienso, personalmente, que un buen analista, un analista auténtico, siempre tiene en cuenta la realidad.

Dentro de la escuela kleiniana, es Meltzer (1967) quien hace más hincapié en la idea de alianza terapéutica a través de lo que llama la *parte adulta*. A la parte adulta, no se le interpreta, se le habla. Hay que tener en cuenta que «parte adulta» es, para Meltzer, un concepto metapsicológico, es la parte del self que ha alcanzado un nivel mayor de integración y, consiguientemente, de contacto con el mundo de objetos externos. De esta forma, Meltzer propone un concepto de alianza que en la práctica se parece al de los psicólogos del yo, aunque tenga un diferente soporte doctrinario. Meltzer propone, por ejemplo, que las primeras interpretaciones sean formuladas con suavidad y acompañadas con explicaciones amplias de la forma en que el análisis difiere de las situaciones ordinarias de la vida en la casa y en la escuela.³

Es posible que otros analistas de su misma escuela piensen que Meltzer habla «demasiado» con la parte adulta, pero esto no quita que, cuando la situación lo impone y con todos los cuidados del caso, debemos *hablar* con nuestros pacientes. La cantidad y la forma en que lo hagamos de hecho va a variar, porque esto es ya cuestión de estilo. La verdad es que el diálogo analítico nos impone, a cada momento, una decisión sobre quién habla en el paciente, lo que nunca es fácil pero tampoco imposible.

La actitud que debe tener el analista va a depender siempre, según Meltzer, de lo que verdaderamente surja del material. Si el paciente habla con su parte adulta, habrá que responderle como adulto; si es con la parte infantil, lo que corresponde es interpretar a nivel del niño que en ese momento es.

Puede criticársele a Meltzer que a veces uno le habla a la parte adulta y el que escucha es el niño. Este riesgo, sin embargo, es inherente a todo intento de discriminar las partes del self.⁴ También existe el peligro contrario y, como dice Meltzer, no escuchar a la parte adulta puede operar negativamente como artefacto de regresión. Un paciente me dijo cierta vez que «tenía la fantasía» de que Fulano era mejor analista que yo. Le dije simplemente que eso era lo que él creía realmente y se angustió. Como bien dice Greenson, al paciente le es mucho más fácil hablar desde la perspectiva de su neurosis que desde lo que siente como la realidad. Sabe, como el paciente de Greenson, que el analista va a ser sereno y

³ Meltzer (1967), pág. 6.

⁴ Bleger solía decir que, a veces, el analizado *rota*, de modo que cuando le hablamos a su parte neurótica nos contesta la parte psicótica y viceversa.

ecuaníme con su neurosis de transferencia, pero que se puede perturbar si se le habla de hechos que pueden ser reales.

Otro aspecto vinculado al tema de la alianza terapéutica es el de la asimetría de la relación analítica, punto que toca a la ética. No siempre se advierte que el tipo de relación a nivel de la neurosis de transferencia es radicalmente distinto al de la alianza de trabajo. Es importante saber que la asimetría corresponde exclusivamente a la neurosis de transferencia, mientras que la alianza terapéutica es simétrica. En cuanto el analista utiliza la asimetría de la relación analítica para manejar aspectos de la situación real (que por definición pertenecen a la alianza terapéutica) está demostrando su vena autoritaria. Esta confusión es muy frecuente y hay que tenerla en cuenta. Sólo en cuanto el analista se ocupa de la neurosis de transferencia del paciente la situación es asimétrica; y esa asimetría, sin embargo, es complementaria, doble, con lo que se vuelve a sancionar la igualdad inherente a toda relación humana.

Un colega joven le canceló una sesión de un día para otro a un empresario. El paciente se molestó y reclamó porque no se le había avisado con un poco de tiempo, ya que entonces hubiera podido utilizar ese día para un corto viaje de negocios. El candidato interpretó la angustia de separación del paciente: que él no podía tolerar la ausencia, etcétera. Esa interpretación resultó por de pronto inoperante y el material del paciente demostró que había sido vivida —no sin razón, creo yo— como cruel. En otras palabras, si no queremos perturbar el juicio crítico y la capacidad de percibir del paciente debemos cuidarnos de utilizar la asimetría de la relación transferencial para borrar la simetría de la alianza terapéutica.

Siempre recuerdo con cariño a un paciente que analicé hace muchos años cuando llegué a Buenos Aires. Era un hombre de negocios, de modestos negocios, neurótico o mejor fronterizo, con una envidia al pecho como pocas veces he visto, que me enseñó muchas cosas de psicoanálisis. Cuando llevaba un año de tratamiento, y después de las vacaciones de verano le informé, como hago de rutina, mi plan de trabajo del año, incluyendo las vacaciones de invierno y las del próximo verano. Me preguntó con asombro si ya sabía yo que para esa época iban a ser las vacaciones escolares de invierno. El no habla leído todavía ningún aviso del Ministerio al respecto. Le contesté muy suelto de cuerpo que había fijado mis vacaciones de invierno sin tener en cuenta el feriado escolar. Saltando de furia en su diván me apostrofó: «¡Ah, sí! ¡Claro! ¡Desde luego! ¡Por supuesto que usted, que es tan omnipotente y que ya con los años que tiene no va a tener chicos en edad escolar, se toma las vacaciones cuando se le ocurre. Y sus enfermos, que revienten!».

Aunque mis amigos norteamericanos no lo crean, le dije que tenía razón y que iba a reconsiderar lo que había hecho. Hubiera podido interpretarle muchas cosas y todas ciertas (¡y vaya si lo hice a su debido tiempo!), pero antes reconocí la justicia de su reclamo.

Por otra parte, en el área de la neurosis de transferencia la asimetría no es más que la sanción de una realidad, de una justa realidad, la diferencia de roles; y no es cierto, como piensa el paciente, que las frustraciones só-

lo le pertenecen a él. Eso depende del punto de vista que adopte cada uno. El paciente puede quejarse, por ejemplo, de que el analista lo frustra porque sólo interpreta y nunca habla de sí mismo. Para el analista, en cambio, es siempre una gran frustración tener contacto durante años con una persona, el paciente, y no poder nunca participarle algún hecho importante de su vida. Esto es tan cierto que muchos analistas no lo soportan. La regla de abstinencia rige por igual para ambos lados. La asimetría no impone supremacía sino el reconocimiento de la polaridad de los roles, necesaria para desarrollar cualquier tarea y no solamente el análisis. La analizada que quiere ser la mujer de su analista y se siente frustrada porque no se la complace, olvida que la mujer del analista no puede ser su analizada. Es un misterio quién de las dos sale ganando; pero estoy convencido que es mucho más fácil ser buen analista que marido.

21. Contratrasferencia: descubrimiento y redescubrimiento

En los capítulos anteriores hemos visto cómo Freud llegó a una idea de la relación médico-paciente nada convencional con su teoría de la transferencia, y pudimos seguir el desarrollo del concepto desde los primeros atisbos sobre el falso enlace en los *Estudios sobre la histeria* (1895d) hasta que se configura la teoría general en el epílogo de la historia clínica de «Dora» (1905e), donde Freud define la naturaleza repetitiva del fenómeno (reediciones) y se da cuenta del grave trastorno que significa para la cura y, a la vez, de su insustituible valor en cuanto le da al paciente convicción, con lo que puede convertirse de mayor obstáculo en el auxiliar más poderoso de su método. Con razón dice Lagache (1951) que el genio de Freud consiste en transformar los escollos en instrumentos.

1. Origen del concepto

Es nuevamente mérito de Freud haber definido la relación analítica no solamente desde la perspectiva del paciente sino también del analista, es decir como una relación bipersonal, recíproca, de transferencia y *contratransferencia*. Freud observó este nuevo y sorprendente fenómeno también tempranamente y lo conceptuó con precisión.

Como todos sabemos, el término *contratransferencia* se introduce en «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica», el hermoso artículo del II Congreso Internacional de Núremberg, en 1910. Seguramente Freud lo leyó el 30 de marzo, al inaugurar el certamen.

Dice Freud en su artículo que el porvenir de la terapia psicoanalítica se apoya en tres grandes factores: el progreso interno, el incremento de autoridad y la repercusión general de la labor de los analistas. Por progreso interno Freud entiende el avance de la teoría y de la práctica psicoanalíticas; incremento de autoridad significa que el análisis irá mereciendo con el tiempo el respeto y el favor del público de los que aún no gozaba, y, finalmente, en la medida en que el psicoanálisis influya en el medio social y cultural, también eso repercutirá como efecto general en su propio progreso. Acotemos ahora, más de setenta años después, que esos tres puntos de vista resultaron ciertos. Si bien los avatares de la sociedad actual pueden desdibujarlo por momentos, nunca podrá escribirse la historia de nuestro siglo sin tener en cuenta a Freud y al psicoanálisis.

En cuanto a progreso interno, Freud menciona entre los aspectos teóricos el simbolismo y a nivel técnico la contratrasferencia. Se ha llegado a comprender en estos años, dice, que también es un obstáculo para el progreso del psicoanálisis la *contratrasferencia*;¹ y la describe como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconcientes del médico. Es decir que la define, como yo creo que es lógico, en función del analizado.

Se ha dicho siempre que Freud consideró la contratrasferencia sólo como un obstáculo; pero si la introdujo pensando en el porvenir era porque suponía que el conocimiento de la contratrasferencia se ligaba al futuro del psicoanálisis. Se puede sostener, pues, que Freud presumía que la comprensión de la contratrasferencia significaría un gran progreso para la técnica psicoanalítica.

No cabe negar, sin embargo, que Freud menciona la contratrasferencia como un obstáculo que, justamente en tanto obstáculo, debe ser removido. La experiencia prueba claramente, dice, que nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos; y agrega, nos hallamos inclinados a exigir al analista, como norma general, el conocimiento de su contratrasferencia y su vencimiento como un requisito indispensable para ser analista. Es interesante subrayar que la solución de Freud en 1910 para superar los puntos ciegos de la contratrasferencia es el *autoanálisis*. Dos años después, sin embargo, en «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico» (1912e), bajo la influencia de Jung y el grupo de Zürich, Freud propicia ya concretamente el análisis didáctico.

Se ve que el tema rondaba la mente de Freud, porque lo considera nuevamente ese mismo año unos meses después. En una carta a Ferenczi del 6 de octubre (y que figura en el segundo tomo de la biografía de Jones, págs. 94-5), habla nuevamente de la contratrasferencia, y esta vez de su contratrasferencia. Ese año Ferenczi y Freud habían hecho un viaje de vacaciones a Italia, y Ferenczi había estado algo cargoso, asediando a Freud con preguntas y diversas demandas; estaba seguramente celoso, quería tener una situación de discípulo predilecto (que en realidad tenía, porque estaba pasando las vacaciones con el maestro) y pretendía que Freud le contara todas las cosas de su vida. De regreso, Ferenczi le escribió a Freud una larga carta, tipo autoanálisis, expresando el temor de haberlo fastidiado y lamentándose que Freud no lo hubiera reprendido para restablecer la buena relación. En su serena respuesta del 6 de octubre Freud le replica: «Es bien cierto que esto fue una debilidad de mi parte. Yo no soy el superhombre psicoanalítico que usted se ha forjado en su imaginación ni he superado la contratrasferencia. No he podido tratarlo a usted de tal modo, como tampoco podría hacerlo con mis tres hijos, porque los quiero demasiado y me sentiría afligido por

¹ López Ballesteros tradujo *Gegenübertragung* por *trasferencia recíproca*, sin advertir el sentido específico de la palabra. Este error no se repite en la edición de Amorrotu.

ellos». Es decir que Freud hace aquí una referencia concreta a la contratrasferencia, en este caso claramente una contratrasferencia paterna y positiva, que le impedía un determinado curso de acción, que lo hacía ser débil y equivocarse.

Desde otro punto de vista, tal vez no desligado de lo anterior, llama la atención con qué libertad se utiliza el conocimiento analítico en el trato personal. Actualmente, nosotros nos cuidamos más, porque sabemos que esas referencias son en general complicadas. Recordemos de paso que, cuando Freud habla en «Análisis terminable e interminable» (1937c), de aquel paciente que le reprochaba no haberle interpretado la transferencia negativa (y al cual Freud le decía que si no se la había interpretado era porque no aparecía), está mencionando a Ferenczi, como afirma Balint (y el mismo Jones).² Lo que en 1910 jugaba en un nivel de cordialidad y simpatía, después asumió otro carácter.³

Fuera de estas dos referencias muy concretas de 1910 y alguna que otra esporádica, Freud no volvió al tema, y es evidente que nunca elaboró una teoría de la contratrasferencia. Tampoco se ocuparon mucho de ella otros autores, así que quedó de lado durante bastante tiempo. Podemos afirmar sin temor a equivocarnos que, fuera de algún aporte suelto, la contratrasferencia no se estudió hasta mediados de siglo.

2. La contratrasferencia en la primera mitad del siglo

Los cuarenta años que corren desde que Freud la descubre hasta que se la vuelve a estudiar no puede tampoco decirse que pasan en vano; y, sin embargo, es cierto también que no aportan algo sustancialmente nuevo al estudio de la contratrasferencia.

No hay duda de que, en algunos de sus trabajos, como «New ways in psycho-analytic technique», publicado en 1933, Theodor Reik esboza una teoría de la contratrasferencia a partir de la intuición; pero en realidad no llega a formularla, como tampoco en sus famosos trabajos sobre el silencio y la sorpresa (1937). Son estos, por cierto, estudios importantes en el desarrollo de la teoría de la técnica, en cuanto intentos de sistematizar la intuición del analista y de dar respaldo a la idea de atención libremente flotante, pero no se los puede considerar escritos sobre la contratrasferencia.

En todos sus trabajos, Reik señala que si uno tiene una actitud receptiva y confía más en la intuición que en el mero razonamiento, de repente puede captar mejor lo que está pasando en el inconciente del analizado, en cuanto hay, en última instancia, una captación intuitiva de inconciente a inconciente, que el mismo Freud señaló en «Lo inconciente» (1915e).

² Lo dice Balint explícitamente en el simposio titulado *Problems of psycho-analytic training*, del Congreso Internacional de Londres (*International Journal*, 1954, pág. 160).

³ Para un desarrollo más completo de la relación entre ambos pioneros puede consultarse el trabajo de Etchegoyen y Catri (1978).

Es sabido que en esos años Reik desarrolla una teoría del insight del analista basada en la *sorpres*a, y afirma que el analista debe dejarse sorprender por su propio inconciente. No habla para nada de contratrasferencia, aunque su idea lleva implícita la de ocurrencia contratrasferencial de Racker (1953, Estudio VI, parág. IV). Sin embargo, para decir que esto es una teoría de la contratrasferencia hay que forzar el razonamiento y extender indebidamente los conceptos. Reik sostiene que la mejor forma de captar el material del analizado es a través de la intuición ofrecida por nuestro inconciente; pero no que esta intuición esté alimentada por un conflicto del analista promovido a su vez por el conflicto trasferencial del enfermo. Esto no lo dice Reik, no está dentro de su teoría del proceso. Cuando habla concretamente de la contratrasferencia en «Some remarks on the study of resistances» (1924), Reik la considera una resistencia del analista (pág. 150), y afirma que debe ser vencida por el autoanálisis. Es decir que, claramente, no la toma como la fuente de su intuición.

También en algunos trabajos de Fenichel, que culminan en su libro de técnica de 1941, hay aportes a la receptividad analítica y a la intuición analítica, sobre todo cuando tuerce en la famosa polémica entre intuición (Reik) y sistematización (Reich); pero no a la contratrasferencia como instrumento para comprender al analizado.

En todos estos trabajos late sin duda el tema de la contratrasferencia; pero ninguno la llega a considerar como un instrumento del analista. Faltaba que alguien tomara la idea de Freud, que mostró la existencia de la contratrasferencia (y la denunció como un obstáculo de la cura) y, al mismo tiempo, la idea de Reik sobre la intuición como el instrumento mayor del analista para que de la síntesis cuajara una teoría de la contratrasferencia; pero eso sólo viene mucho después y por otras rutas.

Del mismo modo, algunas referencias de Wilhelm Reich a sus propias reacciones afectivas como analista aparecen como intuiciones, incluso como súbitas intuiciones; pero no es Reich (1933) sino Racker (1953) quien, al estudiarlas nuevamente, las considera producto de la contratrasferencia. Frente a las quejas reiteradas de aquel paciente pasivo-femenino que le decía que el análisis no le hacía nada, que nada cambiaba, que no mejoraba, etcétera, de pronto Reich tiene, como un rayo, la intuición de que en esa forma el paciente actúa todo su conflicto de fracaso e impotencia en la transferencia, castrando y haciendo fracasar al analista. La súbita comprensión de Reich, dice Racker (1953), no puede nacer sino de la vivencia contratrasferencial de fracaso que le produce el paciente: los hechos son los mismos, la teoría distinta. Reich piensa que su intuición (experiencia, oficio) le permite comprender la transferencia del analizado pero no que esté en juego su contratrasferencia; como tampoco había valorado el período anterior, en el que no pudo operar, como efecto de una inhibición (impotencia contratrasferencial).⁴

⁴ «Los significados y usos de la contratrasferencia» (1953), Estudio VI, parág. V. El caso de Reich figura en su trabajo presentado al Congreso de Innsbruck, de 1927, «Sobre la técnica del análisis del carácter», incorporado a su obra *Análisis del carácter* como cap. 4 (1928).

En cuanto la teoría de la intuición recurre a una explicación en términos de experiencia, de ojo clínico, de oficio (*metier*), se define como independiente de la contratrasferencia, del conflicto que está sufriendo el analista. La teoría de la contratrasferencia, tal como la formulan Racker, Paula Heimann y otros, en cambio, dirá que el *metier* del analista consiste en escuchar y escrutar su contratrasferencia, que eso es su intuición. Al establecer un vínculo entre la intuición y la contratrasferencia, no se afirma que toda interpretación se origine de este modo, ya que no es posible descartar que, mientras el analista conserve plenamente su capacidad de comprender, no intervenga su contratrasferencia. Es posible sostener, al menos fenomenológicamente, que la intuición surge cuando no estamos decodificando bien, porque si no, no la llamamos intuición: llamamos intuición a un momento de ruptura en que de repente se impone algo inesperado a nuestra comprensión. Cuando estudiemos el trabajo de López (1972) sobre la forma en que se construye la interpretación, veremos tres niveles, el neurótico, el caracteropático y el psicótico, en los cuales los mecanismos de codificación varían y con ellos el grado en que participa la contratrasferencia para dar con la interpretación. Es legítimo, pues, suponer que la intuición no se puede separar de la contratrasferencia (del conflicto), y que esto es también aplicable a las otras ciencias, porque la intuición del físico o del químico opera en la misma forma en el contexto del descubrimiento.

En resumen, según acabamos de ver, la teoría de la contratrasferencia no participa en el desarrollo de la teoría de la técnica en la primera mitad del siglo y brilla por su ausencia en la famosa polémica de Reik y Reich.

Hay que destacar, en cambio, un antecedente de relieve de esa época, que ha pasado hasta donde yo sé totalmente inadvertido. Me refiero a la contribución de Ella F. Sharpe al *Simpósio sobre análisis infantil* en 1927. Todo el razonamiento teórico de la autora gira alrededor de sus reacciones (contratrasferenciales) al tratar a una adolescente de 15 años; pero, en lugar de construir una teoría sobre la contratrasferencia como instrumento, Sharpe se ocupa de comprender las resistencias de los analistas al método de Melanie Klein, lo que es natural en el contexto del simposio. El autoanálisis que hace Sharpe de sus reacciones frente a su paciente es un modelo de investigación psicoanalítica sobre la angustia contratrasferencial y los conflictos del analista con su superyó, proyectado en el paciente y sus padres, así como también el manejo del sentimiento de culpa por medio de mecanismos de negación y proyección. La reacción del analista, concluye esta autora, es de vital importancia en estos casos (Sharpe, 1927, pág. 384).

Expuse con algún detalle la investigación de Sharpe no sólo porque resalta en un momento singular de la evolución del psicoanálisis sino también porque es un ejemplo de que aun los más lúcidos pueden pasar por alto un gran problema cuando no están dadas las condiciones para enfocarlo. Antes que se pudiera descubrir la contratrasferencia como un problema de la praxis y se lograra formularlo teóricamente era necesario que las premisas de la técnica cambiaran, que se comprendiera mejor la

hondura y complejidad del fenómeno trasfereñcial, los alcances de la interpretación, la trascendencia del encuadre y mucho más, eso se logra gracias a Melanie Klein y Anna Freud, gracias a Fere. Reich, Reik y Fenichel, gracias a Sterba y Strachey, para citar a algunos protagonistas.

Como analistas no vamos a dejar de lado los factores inconcientes que gravitaron en ese retardo. A nadie le va a resultar grato ver y reconocer su esencial identidad con el paciente que trata, abandonando la cómoda, la ilusoria superioridad que ha creído tener. Para los pioneros, esto no sólo resultaba inevitable sino hasta conveniente porque, de no ser así, la complejidad de los hechos los habría abrumado. Como acabo de señalar, sin embargo, el factor inconciente, con ser importante no fue el único. Era necesario esperar que la técnica progresara lo suficiente como para que descubriera sus falencias, para que aquella definición consoladora de que el quehacer psicoanalítico transcurre entre un neurótico y un sano pudiera ser revisada.

La ciencia, dice Kuhn (1962), evoluciona por crisis. Hay momentos en que la comunidad científica aplica sosegadamente sus teorías para reforzar el conocimiento y expandirlo; otros en que aparece un malestar creciente porque las anomalías al aplicar la teoría son cada vez más frecuentes y flagrantes; por fin estalla una revolución y cambia el paradigma. Yo creo realmente que algo así sucedió con el reconocimiento de la contratrasferencia en la mitad del siglo.

3. La contratrasferencia como instrumento

En los años cincuenta aparecen de pronto una serie de trabajos en que la idea de contratrasferencia se considera concretamente; y no sólo como problema técnico sino también como problema teórico, es decir, replanteando su presencia en el análisis y su significado.

Los aportes más importantes para la teoría de la contratrasferencia que nace en esos años son, sin duda, los de Heinrich Racker en Buenos Aires y de Paula Heimann en Londres. Fueron aportes simultáneos, y todo hace suponer que ni Paula Heimann había oído de la investigación de Racker ni Racker de la de Paula Heimann.⁵ El trabajo liminar de Paula Heimann se publicó en el *International Journal* de 1950. Tres años después publica Racker en esa misma revista «A contribution to the problem of countertransference», que aparece en 1955 en la *Revista de Psicoanálisis* con el mismo nombre, «Aportación al problema de la contratransferencia»; pero, en realidad, este trabajo, que se incorporó a los *Estudios* con el número cinco y el nombre de «La neurosis de contratransferencia», fue presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina

⁵ Recuerdo haber oído comentar a Racker muchas veces, en esos años, la coincidencia entre sus trabajos y los de Heimann y la autonomía de las ideas de ambos.

en setiembre de 1948. La presentación de Racker, pues, fue previa a la publicación del trabajo de Paula Heimann; pero es de suponer que ella lo habrá comunicado o preparado en esa misma época. Si, como parece justo, el descubrimiento (o redescubrimiento) se les asigna salomónicamente a los dos, hay que decir también que los estudios de Racker son más sistemáticos y completos. Fuera del artículo de 1950 y de otro que escribió diez años después, Paula Heimann no volvió más al tema o sólo lo hizo de paso; Racker, en cambio, publicó una serie de trabajos en los que fue estudiando aspectos importantes de la contrasferencia, que alcanzó a articular en una teoría ya coherente y amplia, antes de morir en enero de 1961, meses después de publicar sus *Estudios*.

Si he adjudicado a Paula Heimann y Racker el mérito de descubridores es porque pienso que son los que subrayan el papel de *instrumento* de la contrasferencia, lo propiamente nuevo; y no porque deje de lado otros trabajos de esos años, también de valor. Hay, por cierto, otros artículos en esa época que merecen ser considerados, como el de Winnicott de 1947 y los de Annie Reich y Margaret Little, publicados en el *International Journal* de 1951.

Los aportes de todos estos autores, y de otros que ya iremos considerando, introducen de pronto, incisivamente, el tema de la contrasferencia y marcan en cierto modo una especie de revolución, que no se realizó sin luchas. Cuando en 1948 Racker presentó su trabajo en la Asociación Psicoanalítica Argentina causó malestar, y un analista importante dijo airadamente que lo mejor que puede hacer un analista al que le pasan «esas cosas» es ¡volver a analizarse! Como acabo de decir, y no creo estar exagerando, los trabajos de contrasferencia en esos años promueven un cambio de paradigma: desde entonces la labor del analista ha quedado más cuestionada y mejor criticada. Vale la pena subrayar, también, las claras afirmaciones de Lacan en su «Intervention sur le transfert», que es también de esa época (1951), donde señala la importancia de la contrasferencia en el establecimiento de la transferencia. Lacan no piensa, sin embargo, en la contrasferencia como instrumento.

Lo que distingue los trabajos de Racker, de Paula Heimann y de otros autores de aquel momento es que la contrasferencia ya no se ve sólo como un peligro sino *también* como un instrumento sensible, que puede ser muy útil para el desarrollo del proceso analítico. A esto agrega Racker que la contrasferencia también configura, en cierto modo, el campo donde se va a dar la modificación del paciente.

Si se compara con lo que en su momento se dijo de la transferencia, se verá que es exactamente lo mismo: la transferencia es un (grave) obstáculo, un (útil) instrumento y, a la vez, en última instancia, el campo que hace posible que el paciente cambie realmente; la transferencia es el teatro de las operaciones. En la conferencia n° 27 de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), que trata de la transferencia, Freud expone esta idea nitidamente. La transferencia no sólo es obstáculo e instrumento de la cura sino que tiene, también, la cualidad de dar un destino distinto a la antigua relación de objeto que tiende a repetirse. En el momento en

que la transferencia se resuelve, decía Freud, el paciente queda en condiciones de enfrentar sus problemas en forma diferente a la de antes, a pesar de que el analista quede nuevamente excluido.

Sobre la base de este triple modelo freudiano, Racker afirmará que también la contrasferencia opera en tres formas: como *obstáculo* (peligro de escotomas o puntos ciegos), como *instrumento* para detectar qué es lo que está pasando en el paciente y como *campo* en el que el analizado puede realmente adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originariamente. Sería para mí más preciso y ecuaníme decir de la que *creo* haber tenido. Me inclino cada vez más a pensar que la «nueva» experiencia se hace siempre sobre la base de otra que fue positiva en su momento o, más exactamente, de un aspecto positivo de la experiencia completa original, lo que monta tanto como decir, con Waelder (1936), que los actos psíquicos son multideterminados.

En última instancia, el análisis no haría nada más (¡y nada menos!) que restituir al paciente su pasado, incluyendo también lo que fue bueno de su pasado, aunque él lo haya distorsionado o mal entendido. Es este un problema teórico de gran densidad, que abordaré más adelante.⁶ Digamos desde ya que este problema tiene un aspecto técnico (cuándo vamos a decir que la nueva experiencia *buena* es original; cuándo trataremos de remitirla al pasado) y un aspecto epistemológico que, en cuanto incluye el problema de los cuantificadores universales, exige un enfoque especial.

Si se comprenden los tres factores estudiados por Racker, se puede reformular la teoría de la contrasferencia, como correlato de la transferencia, diciendo que el analista es no sólo el *intérprete* sino también el *objeto* de la transferencia. Esto es obvio, pero a veces lo olvidamos. La idea de la intuición, por ejemplo, se refiere a un analista intérprete; pero cuando el analista es sólo eso no participa del proceso, no lo padece, no tiene pasión; y justamente, sin embargo, tal vez lo más valioso de la tarea del analista es que siendo el objeto pueda ser el intérprete, ese es su mérito, como lo señaló Strachey en su famoso trabajo de 1934.

4. El concepto de contrasferencia

Intentemos ahora precisar y demarcar el concepto de contrasferencia. Los tipos que vamos a discutir dependen mucho del concepto; y, viceversa, en la medida que distinguimos tipos diversos, podemos obtener un concepto amplio o restringido.

Joseph Sandler *et al.* (1973) dicen, con razón, que en la palabra contrasferencia el prefijo *contra* puede entenderse con dos significados distintos que, cuando se habla de contrasferencia, de hecho se

⁶ En mi trabajo de Helsinki (1981b) expongo algunas ideas sobre este tema. (Véase el cap. 28).

tienen en cuenta: opuesto y paralelo. En el primer significado, «contra» es lo que se opone: por ejemplo, dicho y contradicho; ataque y contraataque; en la otra aceptación el prefijo se emplea como lo que hace balance en busca de equilibrio: punto y contrapunto (*ibid.*, cap. 6).

Estas dos acepciones operan continuamente y a veces contradictoriamente en las definiciones. Cuando hablamos de contratrasferencia en el primer sentido, queremos decir que, así como el analizado tiene su transferencia, el analista tiene también la suya. De esta forma la contratrasferencia se define por la dirección, de aquí hacia allá. La otra acepción establece un balance, un contrapunto, que surge del comprender que la reacción de uno no es independiente de lo que viene del otro.

Con estas dos formas de concebir el proceso empieza una gran controversia para definir la contratrasferencia y delimitarla de la transferencia. La mayoría de los analistas piensa, como Freud, que los sentimientos y las pulsiones de la contratrasferencia surgen en el inconciente del analista como resultado de la transferencia del analizado. Un investigador tan riguroso como Lacan, sin embargo, afirma exactamente lo contrario, como ya vimos al estudiar su «Intervention sur le transfert» de 1951. Cuando se pregunta qué es la transferencia se responde: «¿No puede aquí considerársela como una entidad totalmente relativa a la contratrasferencia definida como la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las perplejidades, incluso de la insuficiente información del analista en tal momento del proceso dialéctico?» (*Lectura estructuralista de Freud*, págs. 46-7). Ya hemos criticado esta opinión algo extrema, que se modifica después con la nueva teoría de la transferencia de Lacan, la teoría del sujeto supuesto saber.

Lo único que podemos hacer para resolver este dilema es fijar una arbitraria dirección del proceso, lo que de hecho hace Freud (y hace también Lacan con el signo contrario). Esta decisión deja de ser arbitraria, sin embargo, en cuanto se funda por entero en las constantes del encuadre. El encuadre y dentro de él la reserva analítica justifican que llamemos por definición transferencia a lo que proviene del paciente y contratrasferencia a la respuesta del analista y no al revés. Si fuera al revés, la situación analítica no se habría constituido. No se aparta de esta opinión Lacan, según mi parecer, por cuanto considera que los fenómenos de contratrasferencia aparecen cuando se interrumpe el proceso dialéctico que es para él la esencia del análisis.

Esta decisión define el campo, el área del trabajo analítico. Llamar a un fenómeno transferencia y al otro contratrasferencia implica que el proceso analítico se inicia con la transferencia, como el contrapunto musical, donde hay primero un canto al que responde el contracanto. El término contratrasferencia implica, pues, que el punto de partida es la transferencia del paciente. Inclusive, lo que se pretendió en un primer momento de la historia del psicoanálisis es que sólo existía la transferencia; y que el analista respondía siempre racionalmente; y si no, estaba en falta. Después se vio que no era así y que no podía ser así: un análisis en el cual el analista no participa sería imposible y quizás equivocado: tiene que haber

una reacción. Esta definición es operativa pero no autoritaria como podría parecer. Es autoritario creer que el analista reacciona siempre racionalmente u olvidar que al definir la participación del analista en el proceso como hemos propuesto no hacemos otra cosa que señalar su papel sin pronunciarnos sobre su salud mental.

Lo que acabo de decir, creo, coincide con lo que Winnicott (1960b) llama la *actitud profesional* del analista.

5. Contratrasferencia y encuadre

Lo que justifica que se discriminen transferencia y contratrasferencia es pues, en última instancia, el encuadre. El encuadre ordena los fenómenos: si no fuera así, hablaríamos solamente de transferencia o de transferencia recíproca, como prefirió traducir *Gegenübertragung* Luis López-Ballesteros y de Torres.

No es simplemente un juego de palabras o una petición de principio poner al encuadre como elemento ordenador. Porque el encuadre se instituye para que existan realmente estos fenómenos, para que el paciente desarrolle su transferencia y el analista lo acompañe en el sentido del contrapunto musical, resonando a partir de lo que inicialmente es del paciente: si esta condición no se da, tampoco se da el tratamiento analítico. El encuadre opera como una referencia contextual que permite que se dé este juego de transferencia y contratrasferencia; es la estructura sintáctica donde los significados de transferencia y contratrasferencia va a adquirir su significación.

El encuadre ordena una relación distinta y particular entre el analista y el paciente, una relación no convencional y *asimétrica*. El paciente comunica todas sus vivencias (o al menos lo intenta) y el analista sólo responde a lo que dijo el analizado con lo que cree pertinente. De esta forma y sólo de esta forma queda definido el tipo de relación con sus papeles de analizado y analista. Si consideráramos que la contratrasferencia es un proceso autónomo en todo igual a la transferencia, no quedaría configurada la situación analítica. No es casual, a mi juicio, que el laxo encuadre de Lacan coincide justamente con una explicación teórica que revierte los términos del proceso.

Si bien los roles de analista y analizado quedan así definidos contractualmente (como al fin y al cabo en cualquier tipo de relación humana) no debe perderse de vista que este acuerdo previo a la tarea se sustenta, también, y grandemente, en que el encuadre ayuda al analista a cumplir su papel, a mantener un equilibrio mayor que el del paciente, más allá de que su análisis didáctico y su formación lo pongan en ventaja. De esta forma, el concepto de asimetría viene a depender ante todo del encuadre y sólo secundariamente de la salud mental del analista. Como todos sabemos, el analista que se analiza funciona diferentemente en ambas circunstancias.

El analista podría responder a la transferencia del paciente en una for-

ma absolutamente racional, manteniéndose siempre, por así decirlo, a nivel de la alianza de trabajo; pero los hechos clínicos prueban que el analista responde en principio con fenómenos irracionales en que se movilizan conflictos infantiles. En este sentido, se trata claramente de un fenómeno trasferencial del analista; pero este fenómeno, si hemos de preservar la situación analítica, tiene que ser una *respuesta* al paciente, si no tendríamos que decir que no estamos dentro del proceso analítico, sino reproduciendo lo que pasa en la vida corriente entre dos personas en conflicto.

6. Contratrasferencia concordante y complementaria

Preocupado por su fenomenología y por sus dinamismos, Racker clasificó la contratrasferencia en varios tipos.

Así, en primer lugar distinguió dos clases de contratrasferencia según la forma de identificación (Racker, 1953. Estudio VI, parág. II). En la contratrasferencia *concordante* el analista identifica su yo con el yo del analizado, y lo mismo para las otras partes de la personalidad, ello y superyó. En otros casos, el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado, y a este tipo de fenómeno Racker le llama contratrasferencia *complementaria*, siguiendo la nomenclatura de Helene Deutsch (1926) para las identificaciones.

Racker piensa que las identificaciones concordantes son por lo general empáticas y expresan la comprensión del analista, su contratrasferencia positiva sublimada. En cambio, la contratrasferencia complementaria implica un monto mayor de conflicto. En la medida en que el analista fracasa en la identificación concordante se intensifica la complementaria. Señala Racker, asimismo, que el uso corriente del término contratrasferencia se refiere a las identificaciones complementarias y no a las otras, si bien considera que no deben separarse, ya que en ambos casos están en juego los procesos inconcientes del analista y su pasado.⁷

Esta clasificación merece ciertos reparos. Desde un punto de vista un poco académico podría señalarse que la identificación concordante con el superyó del analizado es una identificación con el objeto interno. Como esto Racker no lo ignora, por cierto, debe concluirse que la identificación del analista con el superyó del analizado es concordante cuando hay coincidencia en la apreciación de la culpa y complementaria cuando el analista cumple la función de censor. Más difícil es sostener los puntos de vista rackerianos frente a un paciente con autorreproches, porque allí la identificación concordante no podría ser nunca la más empática.

Tal vez el modelo del aparato psíquico que usa Racker para su clasificación (la segunda tópica) no sea el más apto para clasificar la

⁷ Aquí Racker se decide claramente por incluir la comprensión del analista (empatía, intuición) en la contratrasferencia.

contratrasferencia. Su esquema sufre, sin duda, además, porque explica en este punto la dinámica de las identificaciones sobre la base de la proyección y la introyección, sin recurrir a la identificación proyectiva, un punto que tomarán muy en cuenta Grinberg y Money-Kyrle, como vamos a ver en el próximo capítulo.

El concepto de identificación proyectiva nos lleva de la mano a otro tema importante, que Racker tiene en cuenta sólo colateralmente, sin llegar a conceptuarlo plenamente: la diferencia entre objetos parciales y totales. Dice Racker: «Cuanto mayores sean los conflictos entre las propias partes de la personalidad del analista, tanto mayores serán las dificultades para realizar las identificaciones concordantes en su totalidad» (pág. 161). Es evidente que la identificación que Racker tiene *in mente* es la concordante con un objeto total; pero entonces lo que vale es la integración más que la concordancia.

Creo personalmente que la comprensión o empatía del analista no depende de que se identifique concordante o complementariamente sino del grado de conciencia que tenga del proceso, de la plasticidad de las identificaciones y de la naturaleza objetal del vínculo.

Llegamos aquí a otro punto en que se hace cuestionable la clasificación de Racker, ya que la contratrasferencia concordante es la que más se presta a un vínculo de tipo narcisista. El mismo Racker lo advierte cuando señala que la contratrasferencia concordante anula en cierto sentido la relación de objeto, lo que no sucede en la complementaria (pág. 163). Es que, en verdad, son las identificaciones concordantes (narcisísticas) las que implican el mayor monto de participación contratrasferencial.

22. Contratrasferencia y relación de objeto

En el capítulo anterior rastreamos el concepto de contratrasferencia desde que Freud lo introdujo en 1910 hasta la segunda mitad del siglo, en que empieza a estudiárselo con otro enfoque, en otro paradigma: como una presencia ineludible, en cuanto instrumento no menos que obstáculo.

Vimos que Racker estudió la contratrasferencia desde la perspectiva de los fenómenos de identificación y describió dos tipos, concordante y complementaria. Dijimos que esa clasificación presenta algunos problemas, y los señalamos. La clasificación de Racker se apoya en una teoría de la identificación, que ahora vamos a estudiar más detenidamente, siguiendo sobre todo a Grinberg y Money-Kyrle.

1. La contraidentificación proyectiva

Con su concepto de *contraidentificación proyectiva* León Grinberg ha hecho un aporte de valor a la teoría general de la contratrasferencia o, como él piensa, más allá de esta teoría, ya que se ocupa «de los efectos reales producidos en el objeto por el uso peculiar de la identificación proyectiva proveniente de personalidades regresivas» (1974, pág. 179).

El pensamiento de Grinberg apoya y continúa el de Racker, y uno de sus méritos principales es que, a diferencia de este, Grinberg tiene muy en cuenta la identificación proyectiva. Establece una gradación que va de la contratrasferencia concordante a la complementaria para llegar a la contraidentificación proyectiva. Lo que postula específicamente Grinberg es que hay diferencia sustancial entre la contratrasferencia complementaria, en la cual frente a determinada configuración trasfereencial el analista responde identificándose con los objetos del paciente, y el fenómeno que él mismo describe en el cual el analista *se ve forzado* a desempeñar un papel que le sobreviene: es la violencia de la identificación proyectiva del analizado lo que directamente lo lleva, más allá de sus conflictos inconcientes, a asumir ese papel. Grinberg llega a ser tan categórico que dice que aquí no está para nada en juego la contratrasferencia del analista, y hasta señala pacientes que con diversos analistas (que él tuvo oportunidad de supervisar) configuraron la misma situación.

El aporte de Grinberg destaca, pues, una forma especial de respuesta del analista, donde el efecto de la identificación proyectiva es máximo,

de calidad distinta. Aunque se lo pueda ubicar en una escala creciente de perturbaciones, se ubica más allá del punto en que un cambio cuantitativo se hace de cualidad.

Las ideas de Grinberg se asientan en hechos clínicos fácilmente observables, bien registrados por el autor. El concepto de contraidentificación proyectiva es útil y operante. Aceptarlo no obliga, sin embargo, a compartir la opinión de que en estos casos opera solamente el analizado (y no el analista), lo que a mi juicio es discutible y difícil de demostrar. La discriminación entre la contratrasferencia complementaria y la contraidentificación proyectiva no resulta difícil desde el punto de vista clínico si se las separa cuantitativamente. Si queremos separarlas como dos procesos de índole distinta, la diferenciación se hace más ardua y no sé si tenemos indicadores para decidirlo, a pesar de la cuidadosa investigación de Grinberg. Si el método no nos da instrumentos para discriminar clínicamente, también desde la teoría se puede argumentar que, por fuerte que sea la proyección del paciente, el analista no tiene que sucumbir necesariamente a ella; si sucumbe es porque hay algo en él que no le permite recibir el proceso y devolverlo.

2. El desarrollo de la investigación de Grinberg

El concepto de contraidentificación proyectiva tiene no sólo importancia técnica sino también teórica y plantea un problema abierto y apasionante, el de la comunicación pre o no-verbal. Vale la pena, entonces, que tratemos de estudiarlo más detenidamente siguiendo paso a paso el pensamiento del autor.

El primer trabajo de Grinberg sobre el tema, «Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia», fue presentado a la Asociación Psicoanalítica Argentina el 27 de marzo de 1956 y se publicó en 1958. Es un estudio de la magia a la luz de los mecanismos de identificación, donde el fenómeno queda definido con las palabras siguientes: «La “contraidentificación proyectiva”, se produce específicamente como resultado de una excesiva identificación proyectiva del analizado que no es percibida conscientemente por el analista, y que, como consecuencia se ve “llevado” pasivamente a desempeñar el rol que, en forma activa —aunque inconciente— el analizado “forzó dentro suyo”» (1958, págs. 359-60). Un mes después de esa ponencia, en el *Simposio sobre técnica psicoanalítica* de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que presidió Heinrich Racker en abril de 1956, Grinberg presentó su trabajo «Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva», que publicó en 1957, donde estudia especialmente el efecto de la contraidentificación proyectiva en lo que es la labor esencial del analista, interpretar.

Anteriormente, Grinberg había publicado «Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas», que apareció en la *Revista de Psicoanálisis de*

1956. La segunda parte de este trabajo de 1956 apareció en 1959 con el título «Aspectos mágicos en las ansiedades paranoides y depresivas» y en ella refiere Grinberg el caso de una paciente que, en la primera sesión, le hizo sentir que estaba analizando un cadáver, lo que coincidía con el suicidio de una hermana cuando la paciente era niña. Con este ilustrativo caso Grinberg vuelve a algo en que insistió desde el comienzo y es que el proceso parte del analizado y origina en el analista una reacción específica, por la que se ve llevado inconciente y pasivamente a cumplir los papeles que el paciente le asignó. Se trata pues de un caso muy especial de la contratrasferencia. Mientras que lo característico de la respuesta contratrasferencial es que el analista tome conciencia del tipo de su respuesta y la utilice como instrumento técnico, en el fenómeno de la contraidentificación proyectiva el analista reacciona como si real y concretamente hubiera asimilado los aspectos que se le proyectan. Entonces es como si el analista «dejara de ser él para transformarse, sin poder evitarlo, en lo que el paciente inconcientemente quiso que se convirtiera (ello, yo u otro objeto interno)» (1957, pág. 24).¹

En uno de los ejemplos clínicos del trabajo del Simposio, el analizado, que se había sentido muy sorprendido cuando las interpretaciones del analista detuvieron un despeño diarreico, empezó a hablar de música en términos técnicos con lo que logró provocar admiración y envidia al analista, sentimientos que él mismo había sentido después de la suspensión de su diarrea.

A partir de estos trabajos Grinberg estudia en los años siguientes el efecto de la contraidentificación proyectiva en la técnica y en el desarrollo del proceso analítico; y, cuando en 1963 vuelve sobre el tema en «Psicopatología de la identificación y contraidentificación proyectivas y de la contratrasferencia», se interesa especialmente en el valor comunicativo de la contraidentificación proyectiva, proceso que considera de central importancia. En ciertas situaciones «la identificación proyectiva participa de un modo más activo en la comunicación de los mensajes extraverbales, ejerciendo una influencia mayor en el receptor; en nuestro caso, el analista» (1963, pág. 114).

Intentando precisar la diferencia de la contraidentificación proyectiva con la contratrasferencia complementaria de Racker, señala que en esta el objeto del paciente con el que el analista se identifica se vivencia como propio —es decir, representa un objeto interno del analista—. La situación es, entonces, que en el caso de la trasferencia complementaria el analista reacciona pasivamente a la proyección del analizado pero a partir de sus propias ansiedades y conflictos. En la contraidentificación proyectiva, en cambio, «la reacción del analista resulta en gran parte *independiente de sus propios conflictos y corresponde en forma predominante o exclusiva a la intensidad y calidad de la identificación proyectiva del analizado*» (*ibid.*, pág. 117).

El aspecto más original (pero también, tal vez, el más discutible) de la

¹ «Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva» (1957).

teoría de la contraidentificación proyectiva es que en estos casos no interviene los conflictos específicos del analista, que es llevado pasivamente a desempeñar el papel que el paciente le asigna. Melanie Klein describió la identificación proyectiva (1946) como una fantasía omnipotente en la que el sujeto pone en el objeto partes suyas con las que queda consiguiendo identificado. Desde entonces, el progreso de la investigación fue mostrando el valor de la identificación proyectiva en el proceso de comunicación, y así fue abriéndose paso la idea de que la identificación proyectiva opera en el objeto. Grinberg se enrola decididamente en esta idea y así lo dice en 1973: «Es parte importante de la teoría de la identificación proyectiva patológica, que esta produce efectos reales sobre el receptor, y que, por lo tanto, es más que una fantasía omnipotente (que es como M. Klein define la identificación proyectiva)».²

Cuando Bion (1962b) introduce el concepto de la pantalla beta señala que, gracias a ella, el paciente psicótico provoca emociones en el analista,³ y esta afirmación coincide claramente con la teoría de Grinberg, que en uno de sus últimos trabajos la menciona para caracterizar la peculiar modalidad de la identificación proyectiva que él ha descrito (1974). Se puede suponer, entonces, que estas emociones son, hasta cierto punto, independientes de la contratrasferencia del analista.

La idea fundamental de Grinberg, pues, es que en el fenómeno de la contraidentificación proyectiva el analista no participa con sus conflictos sino que queda dominado por el proceso proyectivo del paciente.

Desde el punto de vista práctico la teoría de Grinberg nos ayuda en los casos, frecuentes, en que el analista se siente más invadido que comprometido en la situación analítica. En cuanto a la teoría del proceso analítico Grinberg nos ofrece una hipótesis estimable para comprender los sutiles medios de comunicación que se establecen entre el analizado y su analista. Como hemos dicho antes, la delimitación teórica entre la contratrasferencia complementaria y la contraidentificación proyectiva no es fácil de precisar. Siempre puede pensarse que el analista en última instancia participó, a pesar de que se haya sentido forzado u obligado por la identificación proyectiva del paciente. Por fuerte que haya sido la identificación proyectiva recibida, podría el analista haber sido capaz de introyectarla activamente y responder en forma adecuada. No puede descartarse, entonces, que si se ha dejado dominar por el impacto proyectivo es por la neurosis de contratrasferencia. En otras palabras, la pasividad del analista puede resultar una forma «activa» de no comprender o de preferir que lo invadan. En este punto, la teoría de Grinberg resulta difícil de comprobar con nuestros métodos clínicos.

Cuando se estudian los casos concretos en que se observa sin lugar a dudas la fuerza del impacto que señala Grinberg (en el material de supervisión, por ejemplo) el talón de Aquiles del analista a veces se descubre y otras no.

² Grinberg (1976b), cap. 15, pág. 277.

³ Cap. 10.

Uno de los casos de Grinberg (1959), de los primeros en que advierte el fenómeno y un punto de partida de toda su reflexión, es el de la enferma que coloca en él su parte muerta, la hermana que se suicidó. Lo que Grinberg percibe inicialmente, a la manera de una ocurrencia contratrasferencial de corte humorístico, es que «esta me quiere encajar el muerto a mí».

Que hay de parte de la enferma una decidida y total proyección de lo muerto en el analista y que éste recibe ese impacto pasivamente, es por demás ostensible. No se puede descartar, sin embargo, el conflicto contratrasferencial del analista, si más no fuera porque *todo* analista tiene siempre la sensación de asumir una gran responsabilidad en la primera sesión de un tratamiento. Esa pesada responsabilidad, ese fardo, se llama en nuestro *argot* «cargar con el muerto». Con su perspicacia habitual, Grinberg advirtió de entrada la actitud cadavérica de la enferma y, después de su primera interpretación, percibió que había sido exacto pero más superficial de lo que el drama del momento exigía. Fue allí que se sorprendió con la fantasía de estar analizando un cadáver y de inmediato siguió su ocurrencia humorística. No creo que, con este hermoso material, se pueda descartar la participación contratrasferencial (en sentido estricto) del analista.

3. La contratrasferencia normal

Money-Kyrle escribió un solo trabajo sobre contratrasferencia, en 1956, donde introduce el concepto de contratrasferencia normal, esto es, algo que se presenta regularmente y que interviene por derecho propio en el proceso psicoanalítico. Llama contratrasferencia *normal* a la del analista que asume un papel parental, complementario al del paciente: como la transferencia consiste en reactivar conflictos infantiles, la condición que más conviene a la contratrasferencia es la parental. Se entiende que normal quiere decir aquí la norma y no que el proceso sea totalmente sublimado y libre de conflicto. El analista asume esa actitud contratrasferencial a partir de una vivencia inconciente en la que se siente el padre o la madre del paciente. Agreguemos que es nuevamente el setting lo que nos favorece y nos pone al resguardo de desarrollar una *folie à deux*. La situación asimétrica que impone y define el encuadre permite dar una respuesta adecuada a lo que el paciente ha transferido; pero nuestra respuesta inicial es sentir inconcientemente el impacto de la transferencia, que nos ubica en un papel parental.

Salta a la vista que este criterio es opuesto al de Racker, ya que aquí se atribuye la mayor empatía a una contratrasferencia de tipo complementario.

A partir de ese modelo claro y simple, Money-Kyrle avanza un paso más y afirma que la contratrasferencia puede ser adecuadamente instrumentada a partir de una doble identificación, con el sujeto y su objeto, porque el analista, en realidad, para cumplir bien su tarea, se tiene que

colocar en los *dos* lugares. Este doble mecanismo se realiza por la identificación proyectiva del yo infantil del analista en el paciente y por la identificación introyectiva de la figura parental. En la contratrasferencia normal el analista asume el papel del padre, proyectado por el niño; y, por otra parte, puede comprender el papel de niño no sólo gracias a esa posición de padre, sino también a partir de una identificación proyectiva de su yo infantil en el paciente, movilizada por su tendencia a reparar.

Resulta ahora más claro que el talón de Aquiles de la clasificación de Racker reside en que habla de un proceso de identificación sin discriminar su mecanismo, que puede ser introyectivo y proyectivo. Para funcionar en la mejor forma posible, el analista necesita, dice Money-Kyrle, una doble identificación, que a mi entender incluye las dos de Racker, concordante y complementaria. Si la identificación concordante se hace con el yo infantil sufriente del analizado sin tener para nada en cuenta el objeto parental, lo más probable es que el analista haya utilizado la identificación proyectiva no para comprender el yo infantil de su analizado (empatía) sino para desembarazarse de un aspecto infantil suyo que no puede tolerar dentro de sí.

Money-Kyrle señala resueltamente en su trabajo que el conflicto contratrasferencial del analista no sólo proviene de su propio inconciente sino también de lo que el paciente le hace (o le proyecta), a la manera de las series complementarias. En este punto Money-Kyrle concuerda con Racker, a pesar de que es evidente que no lo ha leído, ya que no lo cita. La sutil interacción entre analizado y analista se estudia en el artículo de Money-Kyrle con todas las filigranas del contrapunto musical. Siguiendo a Margaret Little (1951), nuestro autor señala que el analizado no es sólo responsable (en parte) de la contratrasferencia del analista sino que también padece sus efectos. La única solución que tiene el analista es analizar primero su conflicto, ver después de qué manera el paciente contribuyó a crearlo y por último advertir los efectos de su conflicto en el paciente. Sólo cuando este proceso de autoanálisis se haya cumplido, estará el analista en condiciones de interpretar; y entonces no tendrá ya necesidad de hablar de su contratrasferencia sino básicamente de lo que le pasa al analizado.⁴

4. Un caso clínico

Hemos visto a lo largo de esta exposición que para resolver el problema que nos propone la transferencia del paciente debemos comprender lo que le pasa a él (identificación concordante) pero también lo que pasa a su objeto (identificación complementaria). Hemos cuestionado la hipótesis de Racker de que la comprensión o empatía del analista deriva de las identificaciones concordantes. Digamos ahora que, en general, es el principiante quien tiende a las identificaciones concordantes, porque piensa

⁴ Volveremos sobre este tema al final del próximo capítulo.

como el empleado de comercio que el cliente siempre tiene razón. El verdadero trabajo analítico es bastante diferente de ese tipo de acuerdo, y exige a veces ubicarnos en otra perspectiva que la del analizado, equidistantes de él y de sus objetos.

Una mujer algo más allá de la edad media de la vida y con un conflicto grande con la madre, que empezó a resolverse casi al final del análisis, plantea en una sesión el problema que le crea su hija adolescente, «que la tiene loca», mientras que su hijo varón está con aftas en la cama.

Como antecedente diré que, a partir del desarrollo del último año de su análisis, habíamos llegado al acuerdo de que, en principio, su tratamiento podría terminar ese año o el próximo. A pesar de que se alegró mucho cuando así lo convinimos y aunque fui claro al decirle que la terminación ya se anunciaba pero que yo no creía que pudiera ser muy pronto, se había abierto una grieta profunda entre ella y yo, y esto implicaba una catástrofe.

Sin ningún contacto con mi (creo que prudente) comentario de que el análisis podía terminar en no más de un par de años y sin rectificar su persistente idea de que yo la iba a tener en análisis toda la vida, vino en la sesión que comento con el problema de sus dos hijos. Sobre la base de algunas asociaciones significativas, le dije que la grieta abierta entre ella y yo era otra vez el nacimiento de su hermana cuando ella estaba en plena lactancia; la madre, tal vez, pudo haber tenido en esas circunstancias grietas en el pezón. Esta interpretación parece que algo le llegó, porque reconoció a regañadientes que la alegraba la perspectiva de irse de alta pero no podía dejar de sentirse mal cuando pensaba en que alguien vendría a ocupar su sitio en mi diván.

De inmediato trató de alejarse de sus celos infantiles y volvió a las aftas de su hijo y a la adolescencia de la niña, que interpreté como aspectos de su relación conmigo: el conflicto con su hija adolescente expresa su rebeldía y las aftas del hijo son, quizás, el correlato de las supuestas grietas del pezón de su madre. Le sugerí que, a lo mejor, en el momento del destete, ella había tenido aftas y quién sabe cómo habría sido todo aquello, si el pecho se había agrietado o era que su boca se había llagado. Se conmovió nuevamente y volvió a mencionar una (pequeña) grieta en la pared del consultorio que ya había aparecido en sus asociaciones anteriores (lo que fue para mí un indicio valedero del clima de la transferencia); pero de inmediato se rehizo y dijo con arrogancia que estas eran sólo interpretaciones psicoanalíticas, lucubraciones mías. Volví a interpretar este juicio suyo en el doble nivel de la relación adolescente con la madre en la perspectiva de la rivalidad edípica directa y de la relación oral con el pecho que se retira. Le señalé sobre todo el tono *mordaz* de su comentario, capaz de agrietar el pezón analítico.

Entonces surgió un recuerdo encubridor muy importante. Me dijo desafiante que qué sabía yo de su madre, que cómo iba yo a resolverle ese problema insoluble, que qué me pensaba yo, si ahora recordaba, y nunca me lo había dicho antes, que cuando estaba en su latencia (ella, desde luego, no empleó este término) y se tiraba al suelo, la madre perdía total-

mente los estribos y le daba de puntapiés. (La paciente empleó acá expresiones más vulgares que denotaban la carga sádico-anal del conflicto.) Nada respondería yo, por supuesto, porque no iba a darle la razón. Su tono desafiante siguió a dos o tres interpretaciones que hice en relación con la chica adolescente que era ella en la sesión. Eran interpretaciones, al menos así lo creo, convincentes y bien formuladas; pero su tono no cambió. Sentí aquí un momento de irritación y desaliento y di de inmediato con la interpretación que creo correcta. Le dije entonces que ella en ese momento se había tirado al suelo con la boca llena de aftas, de dolor y de resentimiento y que no había forma de hablar con ella, de ayudarla. Pataleaba en el suelo con la esperanza de que yo, como madre, comprendiera su dolor, y tratando a la vez de perturbar mi ecuanimidad para que yo realmente le diera de puntapiés. La interpretación le llegó, y, por supuesto, se resolvió mi contratrasferencia, quedé tranquilo.

El ejemplo muestra que, a veces, una buena comprensión proviene fundamentalmente de una contratrasferencia complementaria. No hay que olvidarse que mis interpretaciones anteriores, concordantes con su dolor (las aftas) y su rebeldía al tener que separarse de la madre, terminar el análisis y ser ella misma, habían encontrado su más recalcitrante repulsa. Cuando la tensión bajó y fue ostensible que la interpretación había hecho efecto, me acuerdo que le dije, porque ella es una mujer con humor: «¡Qué razón le doy a doña Fulana (la madre), cuando le daba de puntapiés en el suelo!» Respondió entonces con insight que ella misma le había dicho a Fulanita (la hija), poco antes de la sesión, que «hoy tenía ganas de pegarle una patada en el culo».

El material es interesante, a mi juicio, porque el conflicto se da en todos los niveles: en la transferencia, en la actualidad y en la infancia; pero, estoy convencido, la comprensión principal estaba vinculada a reconocer e interpretar la acción de la paciente sobre el objeto para quitarle su ecuanimidad y su capacidad de ayuda, y con la esperanza también, remota pero viva, de que la pudieran comprender.

No sé si Grinberg tomaría este caso como un ejemplo de contraidentificación proyectiva. Hay varios elementos para pensarlo así: que el deseo de colocar en el objeto analista la imagen de la madre impaciente (por no decir sádica) es muy fuerte, es muy violento. Hasta vale la pena señalar que fenomenológicamente la situación se parece a la citada en su trabajo al Simposio de 1956. Me refiero al caso del doctor Alejo Dellarossa, sometido a una fuerte tensión por un paciente que lo provocaba (masoquísticamente) en forma constante, para que lo echara del consultorio a puntapiés. (Grinberg, 1957, págs. 26-7.)

De cualquier forma, a mi juicio, el proceso todo está vinculado a la contratrasferencia: ninguno de estos conflictos es ajeno a mi propia neurosis y a mi posibilidad de ubicarme en el lugar de la adolescente rebelde, en el lugar del lactante, en el lugar del pecho atacado y agrietado, en el lugar de la niña provocando por resentimiento y venganza a la madre y, por fin, en el lugar de la madre que no sabe qué hacer con su hija rebelde, sin dejar de comprender que, en última instancia, también ella

tiene razón en cuanto a que, sea lo que fuere lo que ella haga, no es cuestión de tomarla a puntapiés. Hay toda una serie de identificaciones proyectivas e introyectivas, que se hacen a partir de la contratrasferencia; no de la fría razón, porque mi capacidad de comprender lo que pasaba y de resolverlo partió de un momento de dolor, irritación y desaliento.

Vale la pena destacar que, después de la interpretación de la transferencia materna negativa, el material mostró ostensiblemente que otro determinante del conflicto trasfereencial era ver cómo me comportaba yo con mi hija rebelde a modo de role playing, para aprender de mí y manejarse mejor con su propia hija. En este plano, que apareció después de interpretada con buen éxito la transferencia materna negativa, estaba intacta una buena imagen de la madre, la transferencia positiva y, me atrevería a agregar, también la alianza terapéutica.

5. La neurosis de contratrasferencia

El caso clínico recién presentado para ilustrar los aportes de Grinberg y de Money-Kyrle sirve también para volver a Racker y a un concepto suyo, audaz y al mismo tiempo riguroso, la *neurosis de contratrasferencia*. De esta manera, Racker define el proceso analítico en función de sus dos participantes.

Freud (1914g) señaló que las transferencias del analizado cristalizan durante el tratamiento en la neurosis de transferencia. Racker (1948) aplica el mismo concepto para el analista, sin perder de vista las diferencias que van de un caso a otro: «Así como en el analizado, en su relación con el analista, vibra su personalidad total, su parte sana y neurótica, el presente y el pasado, la realidad y la fantasía, *así también vibra el analista*, aunque con diferentes cantidades y cualidades, *en su relación con el analizado*» (*Estudios sobre técnica psicoanalítica*, pág. 128).

En el *Estudio V*, que acabamos de citar, y en el siguiente, «Los significados y usos de la contratrasferencia», Racker caracteriza la neurosis de contratrasferencia a partir de tres parámetros: contratrasferencia concordante y complementaria, contratrasferencia directa e indirecta, ocurrencias y posiciones contratrasfereenciales. De los tipos concordante y complementario de contratrasferencia nos hemos ocupado ya con cierto detalle; en el capítulo siguiente vamos a hablar de la contratrasferencia directa e indirecta, según que el analista transfiera el objeto de su conflicto a su paciente o a otras figuras de especial significación: el paciente derivado al candidato por su (admirado) analista de control, por ejemplo.

Vamos a detenernos un momento en el tercer parámetro de Racker. A veces, cuando el conflicto contratrasfereencial del analista es fluido y versátil, suele aparecer como *ocurrencia contratrasfereencial*. El analista se encuentra de pronto pensando en algo que no se justifica racionalmente en el contexto en que aparece o que no suena como algo que tenga que ver con el analizado. Las asociaciones del analizado, un sueño o un acto

fallido, sin embargo, muestran la relación. Recuérdese aquella ocurrencia contratrasferencial de Racker cuando salió un momento del consultorio para buscar cambio. El paciente le había entregado un billete de mil pesos (¡cuántos años pasaron desde aquella sesión!) y le había indicado el vuelto que le tenía que dar. Racker dejó el billete en su escritorio y salió pensando que al volver los mil pesos no estarían más y que el analizado le iba a decir que él ya los había recogido, mientras el analizado, solo ante sus queridos mil pesos, pensó en guardárselos o en darles un beso de despedida (*Estudio VI*, págs. 169-70).

Como en este caso, las ocurrencias contratrasferenciales no implican por lo general un conflicto muy profundo, y así como afloran de pronto a la conciencia del analista también aparecen con cierta facilidad en el material del analizado. Lo peligroso —dice Racker— es desecharlas cuando se presentan, en lugar de tomarlas en consideración a la espera del material del paciente que las confirme. Si así sucede, se puede interpretar con un alto grado de seguridad. Si la ocurrencia contratrasferencial del analista no aparece confirmada por el material del analizado no corresponde usarla para una interpretación; y por dos motivos, porque podría no tener que ver directamente con el paciente o porque está muy lejos de su conciencia.

A diferencia de la ocurrencia, la *posición contratrasferencial* indica casi siempre mayor conflicto. Aquí los sentimientos y las fantasías son más hondos y duraderos y pueden pasar inadvertidos. Es el caso del analista que reacciona con enojo, angustia o preocupación frente a un determinado paciente. A veces este aspecto de la neurosis de contratrasferencia es muy sintónico y pasa por completo inadvertido. Recuerdo que, en mis comienzos, cuando no me parecía un gran problema cancelar o cambiar la hora a algún paciente, me sorprendió uno de ellos de carácter pasivo-femenino diciéndome que, como él era sumiso, seguramente yo le cambiaba la hora cuando se me ocurría, sin importarme nada. Tenía razón.

Otto F. Kernberg (1965), coincidiendo en general con las ideas de Racker, describe un caso especial de posiciones contratrasferenciales donde la participación del analista es mayor y tiene que ver con la grave patología del paciente. Lo llama *fijación contratrasferencial crónica* y considera que se configura cuando la patología del paciente, siempre muy regresivo, reactiva patrones neuróticos arcaicos en el analista, de modo que analizado y analista se complementan de tal forma que parecen recíprocamente ensamblados. Kernberg atribuye esta dificultad, que es persistente y difícil de solucionar, a la fuerza de la agresión pregenital que moviliza en ambos, analista y paciente, el mecanismo de identificación proyectiva, con límites cada vez más borrosos entre sujeto y objeto. La fijación contratrasferencial crónica aparece con frecuencia en el tratamiento de psicóticos y fronterizos, pero también en períodos regresivos de pacientes de tipo menos grave.

6. Más allá de la contraidentificación proyectiva

Deseo terminar este capítulo con una nueva consideración de la investigación de Grinberg. En sus últimos trabajos, este autor ha procurado utilizar el concepto de contraidentificación proyectiva para dar una visión más amplia —más tridimensional dice siguiendo a Enid Balint— de la interacción dinámica que sin duda es la piedra angular de la relación analítica.

En su introducción al panel *Los afectos en la contratrasferencia* del XIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, que se titula justamente «Más allá de la contraidentificación proyectiva», (Grinberg, 1982) expone con su habitual claridad nuevos pensamientos.

El término contraidentificación proyectiva, recuerda, quiso desde el comienzo subrayar que la fantasía de identificación proyectiva provoca efectos en el receptor, en el analista. Este reacciona, entonces, incorporando real y concretamente los aspectos que se le proyectaron. En la actualidad, dice Grinberg, «pienso que la “contraidentificación proyectiva” no tiene por qué ser necesariamente el eslabón final de la cadena de complejos acontecimientos que ocurren en el intercambio de las comunicaciones inconcientes, con pacientes que, en momentos de regresión, funcionan con identificaciones proyectivas patológicas» (Grinberg, 1982, págs. 205-6).

De esta forma, la contraidentificación proyectiva le ofrece al analista «la posibilidad de vivenciar un espectro de emociones que, bien comprendidas y sublimadas, pueden convertirse en instrumentos técnicos utilísimos para entrar en contacto con los niveles más profundos del material de los analizandos, de un modo análogo al descrito por Racker y por Paula Heimann para la contratrasferencia» (*ibid.*, pág. 206). Para que esto se logre, agrega Grinberg de inmediato, el analista debe estar dispuesto a recibir y contener las proyecciones del paciente.

Con estas reformulaciones, la contraidentificación proyectiva no se ubica ya fuera de la contratrasferencia, ni la posición del analista es frente a ella puramente pasiva. Antes bien, la disposición de recibirla y comprenderla como mensaje debe reconocerse como uno de los más altos rendimientos de nuestra actividad profesional.

Creo que con los cambios mencionados Grinberg depura y precisa su pensamiento anterior, superando algunas fallas, que yo justamente traté de señalar hace un momento. Esto realza el punto decisivo de su contribución, el factor comunicativo de la identificación proyectiva en los estratos más arcaicos de la mente del hombre.

Cuando hablemos en el capítulo 44 de la relación diádica de analista y paciente, veremos que Spitz y Gitelson aceptan también una contratrasferencia normal, que denominan diatrófica, y aparece para ellos desde el comienzo del análisis.

23. Contratrasferencia y proceso psicoanalítico

Dijimos en un capítulo anterior que el estudio de la contratrasferencia empieza verdaderamente cuando deja de vérsela como un obstáculo y con actitud normativa o superyoica y se la acepta como un elemento inevitable e ineludible de la praxis. Homologándola con la transferencia, Racker decía que la contratrasferencia es a la vez obstáculo, instrumento y campo.

Uno de los grandes temas que siempre se plantea al estudiar la contratrasferencia es en qué medida el proceso depende del paciente, esto es de la transferencia, y en qué medida de otros factores. Este problema se ha discutido muchas veces y nosotros lo estudiaremos a continuación a partir de una clasificación, la que distingue dos tipos de contratrasferencia, directa o indirecta.

1. Contratrasferencia directa o indirecta

Cuando el objeto que moviliza la contratrasferencia del analista no es el analizado mismo sino otro, se habla de contratrasferencia *indirecta*. La que proviene, en cambio, del paciente es la contratrasferencia *directa*. Ejemplos típicos de contratrasferencia indirecta es el analista didáctico pendiente de su primer candidato por lo que va a decir la Asociación y el candidato pendiente de su primer caso por lo que van a decir el Instituto, su supervisor, su analista didáctico. Todos sabemos hasta qué punto gravita sobre nuestra contratrasferencia el paciente que, por algún motivo, despierta el interés de amigos, colegas o de la sociedad en general. Es esta una circunstancia tan evidente que muchas veces crea una incompatibilidad para el análisis desde el punto de vista del encuadre.

La diferencia entre contratrasferencia directa e indirecta la propuso Racker en sus primeros trabajos sobre el tema, como puede apreciarse en «La neurosis de contratrasferencia», el quinto de sus estudios, que leyó en 1948. En el estudio seis, «Los significados y usos de la contratrasferencia» (1953), al hacer una puesta al día de los últimos aportes, Racker se ocupa del trabajo de Annie Reich (1951), que distingue dos tipos de contratrasferencia: la contratrasferencia propiamente dicha y la utilización de la contratrasferencia para fines de acting out. La contratrasferencia propiamente dicha de Annie Reich corresponde a la directa de Racker.

ker, mientras que la utilización de la contratrasferencia para fines de acting out corresponde a la indirecta. Si lo que yo quiero es ser amado por mi analizado mi contratrasferencia es directa; pero, si mi relación con el analizado se ve influida por mi deseo de ser amado por mi supervisor, entonces mi contratrasferencia es indirecta, en cuanto utilizo a mi analizado como un instrumento de mi relación con el supervisor.

La clasificación de la contratrasferencia en directa e indirecta es válida desde el punto de vista fenomenológico, pero discutible para la metapsicología. En el ejemplo que acabo de citar, el del candidato que le interesa más su supervisor que su paciente, habría que preguntarse si no existe ante todo un conflicto con el paciente mismo, que queda desplazado sobre el supervisor. Podría ser que el candidato siente celos de su analizado y trata de ponerlo en el lugar del tercero excluido, por ejemplo. De esta forma, el candidato estaría exteriorizando su conflicto edípico con su paciente o sus celos fraternales. Aun en este último caso, en que el analizado es el hermano rival y el supervisor la imago parental, siempre cabría suponer que si el supervisor ocupa el lugar más importante es porque el joven analista desplaza su conflicto principal de un plano al otro.

De todos modos, las diferencias entre contratrasferencia directa e indirecta y especialmente las inteligentes reflexiones de Annie Reich nos van a ocupar dentro de un momento, cuando hablemos de las relaciones entre acting out (del analista) y contratrasferencia.

No todos los casos de transferencia indirecta, sin embargo, pueden a mi juicio calificarse de acting out. Como vamos a ver más adelante, el acting out del analista implica algo más que un simple desplazamiento de un objeto a otro; este es un factor necesario pero no suficiente de acting out.

Adelantemos desde ya que vamos a definir el contra-acting out, es decir el acting out del analista, como un tipo especial de contratrasferencia vinculado a un perturbación de la tarea. En este sentido cabe mantener la definición de contratrasferencia que dimos al comienzo y señalar que, cuando la contratrasferencia no es la *respuesta* a la transferencia del analizado, configura un acting out del analista. En este caso sí el paciente es sólo un instrumento para que el analista desarrolle un conflicto que no pertenece básicamente al paciente. De esto vamos a hablar más adelante.

2. Gitelson y las dos posiciones del analista

Como vimos al estudiar las formas de transferencia en el capítulo 12, Gitelson (1952) distingue dos posiciones del analista en la situación analítica y sólo a una de ellas le llama contratrasferencia.

A veces, dice Gitelson, el analista reacciona frente al paciente como totalidad y esto implica un compromiso muy grande que lo descalifica para ese caso, mientras que otras veces la reacción del analista es sobre aspectos parciales del paciente.

2a. Reacciones al paciente como totalidad

En algunos casos, la actitud de neutralidad y de empatía que debe tener el analista se pierde y, si el analista no lo puede superar, significa que el paciente le ha reactivado un potencial trasfereencial neurótico que no lo hace adecuado para ese caso particular.

Gitelson cita un caso personal, una mujer joven que vino a analizarse por sus dificultades matrimoniales. Desde el comienzo del análisis de prueba abundaba en quejas sobre las injusticias que había soportado en su vida, que había sido muy difícil. En la última de sus ocho semanas de análisis trajo un sueño que decidió la conducta de Gitelson.

En el sueño aparecía Gitelson en persona¹ junto con una figura que representaba con nitidez a la colega que le había remitido el caso. La paciente aparecía como niña, pero claramente identificada. Los dos adultos del sueño estaban en una cama estimulando a la niña con sus pies. Gitelson concluye que su aparición en el sueño en persona indicaba que él, como analista, había introducido un factor perturbador de la situación analítica que venía a repetir una situación interpersonal típica de la infancia de la paciente, esto es, la lucha por su tenencia entre los dos padres cuando se divorciaron. Gitelson agrega que esta experiencia clínica era consecuencia directa de un potencial neurótico trasfereencial suyo no resuelto en aquella época, que perturbaba sus sentimientos *in toto* frente a la paciente. No era una respuesta episódica, subraya Gitelson, sino su reacción a la paciente como persona.

Gitelson sostiene que este tipo de reacción no se puede llamar contratrasferencia, ya que el paciente se ha convertido por completo, en su totalidad, en un objeto trasfereencial para el analista y, además, el paciente se da cuenta de que es así, como lo demuestra esta paciente con su sueño. Agrega Gitelson que la paciente pudo hacer un buen análisis con el analista al que él la remitió.

El ejemplo dos de Gitelson se refiere a un analista joven y una analizada que pasa sus primeras sesiones hablando mal de sí misma afirmando que nadie gusta ni puede gustar de ella. El analista le sale al paso para reasegurarla: a él le ha causado una buena impresión. A la sesión siguiente la analizada trae un sueño en que aparece el analista exhibiendo su pene flácido. Esta paciente abandonó el análisis durante el período de prueba.²

Gitelson concluye reafirmando su punto de vista de que estas reacciones totales frente a un paciente deben considerarse *trasferencias* del analista y atribuir las a la reactivación de una antigua transferencia potencial. Pueden referirse a una clase de paciente o a un paciente en particular y pueden ser positivas o negativas. Lo que las caracteriza es que se re-

¹ Véase el cap. 12, «Las formas de la transferencia».

² Gitelson se declara partidario del período de prueba durante el cual se puede testear, a su juicio, no sólo la analizabilidad del paciente sino también las posibilidades de funcionamiento de esa determinada pareja analítica. (Sobre este punto, véase lo dicho en el cap. 6, «El contrato».)

fieren a la relación en su totalidad y que aparecen siempre precozmente en el análisis. (De aquí la importancia que Blitzsten asigna al primer sueño.)

2b. Reacciones a aspectos parciales del paciente

Aquí la participación del analista no es total. Son reacciones que aparecen más tarde que las otras y surgen en el contexto de una situación analítica ya establecida, mientras que en el caso anterior la relación analítica no se había llegado a establecer. A estas reacciones Gitelson las considera en sentido estricto contrasferencia. Son reacciones del analista a la transferencia del paciente, a su material o a la actitud del paciente frente al analista como persona.

La contrasferencia del analista así descripta y delimitada prueba siempre que está presente un área no analizada del analista; pero, en cuanto puede ser resuelta, no descalifica al analista ni hace imposible la continuidad del análisis. Son, para Gitelson, simplemente una prueba de que nadie está perfectamente analizado y que por eso mismo el análisis es interminable.

Como se ve, la clasificación de Gitelson intenta deslindar dos áreas en la posición emocional del analista, restringiendo sólo para una de ellas el término de contrasferencia. No hay en la investigación de Gitelson, subrayémoslo, ninguna referencia a las posibilidades de utilizar la contrasferencia como instrumento, sino simplemente los límites para removerla como obstáculo.

Gitelson se declara francamente partidario del análisis de prueba y lo considera no sólo un test de la analizabilidad del paciente sino también de la situación analítica en su totalidad, para el paciente y para el analista. Gracias al análisis de prueba el analista puede ver si está en condiciones de incluirse en ese particular aspecto de la vida que el paciente le propone.

En la página 4 de su ensayo, luego de describir las cualidades personales del analista, Gitelson afirma que el predominio de unas cualidades en detrimento de otras da el cuadro final del analista como persona y como terapeuta. Y agrega que en ese registro total y según el predominio de los factores descriptos radica la razón de que un analista determinado pueda tener cualidades especiales para un tipo de paciente y falle en otros.

La división que hace Gitelson entre lo que él llama la transferencia del analista y la contrasferencia ha sido acertadamente criticada por Racker y otros autores, que no consideran que pueda mantenerse esta división tajantemente. Nadie duda, en cambio, que se trata de dos tipos de reacciones que implican un compromiso distinto del analista (y/o del paciente) de gran valor diagnóstico y pronóstico. De esto nos hemos ocupado al hablar de la transferencia erotizada en un capítulo anterior, el 12. Si bien es cierto que hay grados en el fenómeno contrasferencial, también es verdad que la capacidad del analista para reconocerlos y para in-

tentar resolverlos es lo que en última instancia definirá el destino de la relación. Todo depende de la capacidad y del valor del analista para enfrentar y resolver el problema. Estas clasificaciones, como dice Racker, en cuanto implican diferencias cuantitativas, sólo demuestran que hay una *disposición* y una *exposición* en el fenómeno de contratrasferencia, a la manera de las series complementarias de Freud. Este esquema abarca, a mi entender, también la contraidentificación proyectiva de Grinberg, como un caso especial en que la disposición tiende a cero y la exposición a infinito.

Digamos para señalar las limitaciones de la posición de Gitelson que en su primer ejemplo él mismo reconoce explícitamente la parte que juega el paciente en su reacción como campo en que luchan los dos padres que se están divorciando. Por más «total» que sea la reacción de Gitelson, entonces, el enfermo tuvo algo que ver en su configuración.

3. La contratrasferencia según Lacan

A diferencia de otros autores, y como hemos visto en el capítulo 10, en su «Intervention sur le transfert» (1951), Lacan sostiene que la transferencia se inicia cuando la contratrasferencia obstruye el desarrollo del proceso dialéctico. Es en el momento en que Freud no puede aceptar el vínculo homosexual que liga a Dora con la Sra. K. porque su contratrasferencia le hace intolerable sentirse excluido (identificado con K.) que el proceso se estanca. Es allí donde Freud empieza a insistir para que Dora se haga conciente de que lo quiere a K. y aun de que hay elementos de juicio para pensar que K. la quiere a ella. Desde luego que aquí Freud se aparta de su propio método, ya que da opiniones y hace sugerencias; pero no es esto lo que ahora importa subrayar, sino que la tesis lacaniana de que la transferencia es el correlato de la contratrasferencia se articula con los puntos claves de la teoría lacaniana del deseo y de la constitución del yo y del sujeto. Así como el niño es el deseo del deseo, así como el deseo de la histérica es el deseo del otro, del padre, del mismo modo es el deseo del analista lo que vale para Lacan.

Esta concepción me parece unilateral porque pienso que el proceso es más complejo. La contratrasferencia de Freud no es algo que viene puramente del deseo de Freud sino también de lo que Dora le hace sentir. Porque, ¿quién que sepa lo que es el complejo de Edipo, el amor, los celos, el dolor y el resentimiento que lo acompañan, podría sostener que el vínculo homosexual de Dora con la Sra. K. nada tiene que ver con el padre? Entre muchas otras determinantes, el apego de Dora por la Sra. K. tiene el objetivo de frustrar al padre-Freud, de vengarse de él y de hacerle sentir celos. El conflicto de contratrasferencia de Freud no proviene solamente de los prejuicios de este hombre de la Viena del fin de siglo, sino también de cómo opera sobre él Dora, la histérica (y también la *psicópata*). La comprensión que a Freud le falta para operar la tercera *reversión*

dialéctica que con vehemencia y no sin ingenuidad Lacan le exige no proviene solamente del deseo de Freud sino del deseo de Dora que, además, no es *el* sino los deseos de Dora. Si Freud queda enganchado y sucumbe a su contratrasferencia es porque también Dora influye sobre él frustrándolo y rechazándolo. Este rechazo de Dora no es *solamente* (como afirma Lacan) por la relación pregenital (especular, diádica, narcisista) de Dora con la Sra. K. (madre) sino también por sus intensos celos en el complejo de Edipo directo. No duda Freud ni un solo momento de que interrumpiendo su tratamiento Dora lo hace objeto, vía acting out, de una venganza en todo comparable a la famosa cachetada en el lago.

Quisiera discutir esto mismo en un plano más modesto y más inmediato, en relación con la sesión que describí con mi paciente. Yo pienso que cuando mi paciente afirma desafiantemente que yo debería saber que cuando ella se tiraba al suelo en un berrinche la madre le daba de puntapiés, operar la inversión dialéctica diciéndole que ella debería ver cuál era su participación en aquellos episodios no hubiera sido suficiente, porque ella no ignoraba que era su berrinche lo que sacaba de sus casillas a su madre. Creo que la situación sólo puede resolverse si se acepta plenamente el *hic et nunc* de la transferencia. Que no basta remitirla al pasado sino hacerle ver también lo que está en el presente. Estoy convencido de que si yo me hubiera limitado a decirle a mi paciente que por algo la madre le daba de puntapiés cuando se tiraba al suelo (y por algo, también, se tiraba al suelo mi paciente) ella hubiera malentendido lo que yo le decía: me habría visto como una madre que la castiga o como un padre sometido a la madre, por ejemplo; pero nunca como un analista que quiere romper la fascinación del momento y remitirla a su historia.

4. De la comunicación de la contratrasferencia

Un problema que siempre se discute y que es quizás el mejor para terminar este ciclo es el de la confesión o, para decirlo en términos más neutrales, de la *comunicación* de la contratrasferencia.

En general, los autores piensan que *no* hay que comunicar la contratrasferencia, que la teoría de la contratrasferencia no viene a cambiar la actitud de reserva que es propia del análisis. Cuando estudiamos la alianza terapéutica dijimos que el proceso analítico exige una rigurosa asimetría a nivel de la neurosis de transferencia, pero también una completa equidistancia en cuanto a la alianza de trabajo. El encuadre exige que sólo hablemos del paciente pero esto no implica que neguemos nuestros errores u ocultemos nuestros conflictos. Reconocer nuestros errores y conflictos, sin embargo, no quiere decir explicitarlos. Nadie, ni aun los que más decididamente abogan por la franqueza del analista, están de acuerdo con mostrarle al paciente las fuentes de nuestro error y nuestro conflicto, porque eso equivale a cargarlo con algo que no le corresponde.

Si se lee con atención el trabajo de Margaret Little (1951), de quien se

dice que es partidaria de explicitar la contratrasferencia, se ve que no es del todo así. Dice expresamente que no se trata de confesar la contratrasferencia sino de reconocerla y de integrarla en la interpretación.

El análisis trata de devolver al paciente su capacidad de pensar, restituyéndole confianza en su propio pensamiento. Esto se hace levantando las represiones y corrigiendo las disociaciones, no dándole la razón o diciéndole que era cierto lo que pensó de nosotros. No se trata de aclarar lo que el analista ha sentido sino cómo lo ha sentido el paciente y respetar lo que él pensó. Cuando en un acto de sinceridad avalamos lo que el paciente pensó de nosotros no le hacemos ningún favor porque, en última instancia, volveremos a hacerle pensar que nosotros tenemos la última palabra. El paciente debe confiar en su propio pensamiento y debe saber, también, que su pensamiento puede engañarlo tanto como puede engañarle el pensamiento ajeno.

En este punto, el tema de la contratrasferencia se pone en contacto con la interpretación. El contenido y sobre todo la forma de la interpretación expresan a veces la contratrasferencia, porque la mayoría de nuestras reacciones contratrasferenciales, cuando no sabemos transformarlas en instrumentos técnicos, las canalizamos a través de una mala interpretación o de una interpretación mal formulada. Por lo general es en la formulación donde va muchas veces el conflicto.

Con el problema de la confesión o de la comunicación de la contratrasferencia linda el que plantea Winnicott (1947) en cuanto a los sentimientos *reales* en la contratrasferencia. Este autor habla especialmente del odio que el psicótico provoca en el analista y que es un odio real. Es un tema que merece ser discutido porque justamente, por definición, la transferencia y la contratrasferencia no son «reales».

5. Las ideas de Winnicott sobre la contratrasferencia

Poco antes de que aparecieran los trabajos de Racker y de Paula Heimann habló Winnicott de la contratrasferencia en una reunión de la Sociedad Británica el 5 de febrero de 1947.³ El aporte de Winnicott es interesante, sobre todo porque ofrece cierta información sobre su técnica con los psicóticos y psicópatas. No se refiere, sin embargo, considerado estrictamente, a la contratrasferencia como instrumento técnico sino, más bien, a ciertos sentimientos *reales* que pueden aparecer en el analista, especialmente el odio.

Winnicott clasifica los fenómenos contratrasferenciales en tres tipos:

1) los sentimientos contratrasferenciales anormales que deben considerarse como una prueba de que el analista necesita más análisis;

³ El trabajo se publicó en el *International Journal* de 1949 y después en *Through paediatrics to psycho-analysis*.

2) los sentimientos contratrasferenciales que tienen que ver con la experiencia y el desarrollo personal del analista y de los que depende el trabajo de cada analista, y

3) la contratrasferencia verdaderamente objetiva del analista, es decir el amor y el odio del analista como respuesta a la personalidad real y al comportamiento del paciente, y que se basan en una observación objetiva.

De acuerdo con esta clasificación, Winnicott se inclina por un concepto muy amplio de contratrasferencia que engloba los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y su personalidad y, también, sus reacciones racionales, objetivas.

Sostiene sobre esta base que el analista que trata pacientes psicóticos o antisociales debe ser plenamente conciente de su contratrasferencia y debe ser capaz de diferenciar y estudiar sus reacciones objetivas frente al analizado.⁴ En el análisis del psicótico la coincidencia del amor y el odio aparece continuamente dando lugar a problemas de manejo tan difíciles que pueden dejar al analista sin recursos. «Esta coincidencia de amor y odio a la cual me estoy refiriendo es una cosa distinta del componente agresivo que complica el impulso primitivo de amor e implica que en la historia del paciente hubo una falla ambiental en el momento en que sus impulsos instintivos buscaban su primer objeto».⁵

Dejando sin discutir por el momento las apodícticas afirmaciones de Winnicott sobre el desarrollo, interesa señalar que la configuración de amor y odio recién señalada despierta un odio justificado en el analista, quien debe reconocerlo en su fuero interno y reservarlo hasta que llegue el momento en que pueda ser interpretado. «El trabajo principal del analista frente a cualquier paciente es mantener la objetividad con respecto a todo lo que el paciente trae, y un caso especial de esto es la necesidad del analista de ser capaz de odiar al paciente objetivamente».⁶

El ejemplo que aporta Winnicott no es quizás el mejor para discutir su técnica, ya que se trata de un niño de nueve años con graves problemas de conducta, a quien albergó tres meses en su casa. De todos modos, Winnicott afirma que su posibilidad de decirle al niño que lo odiaba cada vez que le provocaba esos sentimientos, le permitió seguir adelante con la experiencia.

Así como la madre odia a su bebé, y por múltiples razones, el analista odia a su paciente psicótico; y si esto es así, no es lógico pensar que un paciente psicótico en análisis pueda tolerar su propio odio contra el analista a menos que el analista pueda odiarlo a él.⁷

Winnicott piensa, en conclusión, que si es cierto lo que él sostiene, es

⁴ «I suggest that if an analyst is to analyse psychotics or anti socials he must be able to be so thoroughly aware of the counter-transference that he can sort out and study his objective reactions to the patient» (*International Journal*, 1949, pág. 70).

⁵ *Ibid.*, pág. 70.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, pág. 74.

decir que el paciente despierta un odio objetivo en el analista, entonces se plantea el difícil problema de interpretarlo. Cuestión delicada que exige la más cuidadosa evaluación; pero un análisis será siempre incompleto si el analista nunca ha podido decirle al paciente que sintió odio por él cuando estaba enfermo. Sólo después que esta interpretación sea formulada el paciente puede dejar de ser un infante, es decir alguien que no puede comprender lo que le debe a su madre.

6. Comentarios y reparos

La forma en que Winnicott plantea el problema de la contrasíntesis es muy original, y saltan a la vista las diferencias con los otros autores. Al incluir en la contrasíntesis el sentimiento objetivo y justificando que puede tener el analista, modificamos la definición corriente de síntesis y contrasíntesis; los sentimientos objetivos no se incluyen en ellas como no sea por extensión: cuando pensamos que ningún sentimiento es absolutamente objetivo, implicamos que debe haber una parte no objetiva que no proviene de la realidad sino de la fantasía y el pasado. Esta es, empero, una objeción un poco académica. Al fin y al cabo, las definiciones comúnmente aceptadas no siempre son las mejores.

Las ideas que estamos comentando pueden, sin embargo, cuestionarse también de otra manera, preguntándose hasta qué punto es objetivo el juicio de cualquier analista —incluso de la talla de Winnicott— sobre la naturaleza de sus sentimientos. ¿No puede ser, acaso, que el analista tienda a justificar sus reacciones? ¿Quién pone al analista a resguardo de la tendencia a racionalizar? Estos son problemas que con nuestro método no podemos salvar muy fácilmente; pero, si pudiéramos, surgiría otra pregunta: ¿cuánto hay de artefacto en la técnica winnicottiana? Si fuera justificado el odio de Winnicott para su rapaz de nueve años habría que preguntarse si es racional llevárselo a su casa. El mismo Winnicott señala el gesto generoso de su esposa al admitirlo, y habría que probar que esa generosidad del matrimonio Winnicott —encomiable como expresión humana— estaba libre de *todo* compromiso neurótico, lo que es harto improbable. No es necesario conocer de cerca a un matrimonio determinado para suponer que cuando deciden introducir un tercero en la casa es porque quieren tener problemas o porque ya los tienen y piensan de esa manera resolverlos. Por otra parte, la decisión de los Winnicott de albergar al niño no surge solamente de sus sentimientos generosos, que sería difícil cuestionar, sino también de un (legítimo) deseo de investigar y poner a prueba sus teorías y, en tal caso, la relación de Winnicott con el niño es más egoísta (o narcisista) de lo que parece y su odio no me resulta ya tan objetivo.

Desearía plantear esta discusión en términos más rigurosos y decir que la idea de un odio objetivo en la contrasíntesis tropieza con tres dificultades. La primera, que acabamos de considerar, es de definición,

porque transferencia y contratransferencia se definen, justamente, por su falta de objetividad. En segundo lugar debe aplicarse aquí el principio de la función múltiple de Wälder y decir, entonces, que ningún sentimiento es objetivo ni deja de serlo, siempre es las dos cosas. Esto nos obliga a tener en cuenta muchos factores, de modo que cuando llegue la ocasión de decirle al paciente (y aunque sea en la mejor oportunidad concebible) que una vez sentimos por él un odio justificado, será siempre una simplificación y, mucho me temo, también una racionalización, porque ni Winnicott va a estar exento de estas fallas. Entonces, si voy a ser verídico como me pide Winnicott, tendré que decirle no sólo que lo odié «objetivamente» hace tres años por su insufrible comportamiento sino también que en aquel momento me llevaba mal con mi mujer, que estaba preocupado por mi situación económica, que habían rechazado un artículo mío en el *International Journal*, que el dólar había subido otra vez, que Reina seguía faltando, que no me salía bien la clase de contratransferencia y eso me ponía en conflicto con mi analista Racker y con mi amigo León y... Dios sabe cuántas cosas más por el estilo. Todas ciertas y objetivas.

Dije que tenía una tercera objeción para Winnicott y es la siguiente: yo no creo que sentir odio contra un paciente por más agresivo, violento, cargoso o maldito que sea es una reacción objetiva. Será justificada, totalmente justificada, pero no objetiva. Porque lo único objetivo es que yo tomé al paciente para ayudarlo a resolver sus problemas y cuento con mi setting para mantener mi equilibrio. Si no lo mantengo, pierdo mi objetividad, lo que es más que humano y comprensible, pero nunca objetivo. Y es que aquí, como en todos los casos, la objetividad se tiene que medir con arreglo a los objetivos. Si estos se pierden aquella queda en el aire. En este punto, pues, la objetividad de Winnicott no tiene otra medida que su subjetividad.

Si he podido ser claro en lo que expuse se podrá comprender que mi desacuerdo con la idea de contratransferencia objetiva de Winnicott cuestiona por extensión su técnica del manejo, su hipótesis básica de que las alteraciones del desarrollo emocional primitivo deben resolverse con actos (manejo) y no con palabras (interpretación). Es justamente porque Winnicott se cree en la obligación (y con derecho) de atender a los hechos reales y objetivos que su respuesta contratransferencial tiene lógicamente que terminar por ubicarse también en ese plano: al decir que sus sentimientos son objetivos, Winnicott percibe correctamente algo que podría deducirse lógicamente de su praxis.

Con esto tiene que ver también, según yo lo veo, la teoría del desarrollo de Winnicott, cuando afirma que la psicosis es una falla ambiental. Creo que el gran analista inglés es, en este punto, más severo con los que estuvieron a cargo de ese niño que con él mismo como analista. Siguiendo a Melanie Klein, yo creo que esa triste creación que es la psicosis proviene juntamente del niño y de sus padres (y de muchos otros factores que aquí no vienen a cuento).⁸

⁸ Me refiero concretamente a los factores biológicos y sociales.

7. Nuevas ideas de Winnicott

En un simposio sobre la contrasferencia que tuvo lugar en la Sociedad Psicoanalítica Británica el 25 de noviembre de 1959, Winnicott volvió sobre el tema mostrando que sus ideas variaron bastante. Dice, por de pronto, que «la palabra “contrasferencia” debería ser devuelta a su acepción originaria» (1960b, segunda parte, cap. 6, pág. 191).

Winnicott piensa que el trabajo profesional difiere por completo de la vida corriente y que el analista se encuentra sometido a tensión al mantener una actitud profesional (*ibid.*, pág. 193). El psicoanalista «debe permanecer vulnerable y, pese a ello, conservar su papel profesional durante las horas de trabajo» (*ibid.*, pág. 194). Y agrega poco después: «Lo que se encuentra el paciente es con toda seguridad la actitud profesional del analista, y no los hombres y mujeres inestables que los analistas somos en nuestra vida particular». Winnicott mantiene, pues, firmemente que «entre el paciente y el analista se halla la actitud profesional de este, su técnica, *el trabajo que hace con su mente*» (*ibid.*, pág. 195). Gracias a su análisis personal, el analista puede permanecer profesionalmente comprometido sin sufrir una tensión excesiva.

Sobre esta base, Winnicott aboga por una idea bien delimitada y circunscripta de la contrasferencia, cuyo significado «no puede ser otro que «los rasgos neuróticos *que estropean la actitud profesional* y que desbaratan la marcha del proceso analítico tal como lo determina el paciente» (*ibid.*, págs. 195-6).

Frente a este concepto restrictivo y riguroso que vuelve a definir a la contrasferencia como obstáculo, Winnicott señala que, en realidad, hay dos tipos de pacientes, frente a los cuales cambia sustancialmente el *papel* del analista.

La inmensa mayoría de las personas que acuden al tratamiento, sigue Winnicott, pueden y deben ser tratados en la forma ya dicha. Hay otro grupo de pacientes, sin embargo, reducido pero no por ello menos significativo, que alteran por completo la actitud profesional del analista. Se trata del paciente con tendencias antisociales y del paciente que necesita una regresión. El paciente con tendencias antisociales «se encuentra en un estado permanente de reacción ante una privación» (*ibid.*, pág. 196), de modo que el terapeuta se ve obligado a «corregir constantemente la falta de apoyo del yo que alteró el curso de la vida del paciente» (*ibid.*, pág. 196).

En el otro tipo de paciente la regresión se hace necesaria, porque sólo a través de un pasaje por la dependencia infantil pueden recuperarse: «Si se quiere que el verdadero self que se halla oculto entre en posesión de lo suyo, no habrá más remedio que provocar el colapso del paciente como parte del tratamiento, con la consiguiente necesidad por parte del analista de hacer de madre del niño en que se habrá convertido el paciente» (*ibid.*, pág. 197).

La necesidad primitiva del paciente lo lleva a atravesar la técnica del analista y su actitud profesional, que son para este tipo particular de en-

fermos un obstáculo, estableciendo por fuerza una relación directa de tipo primitivo con el analista.

Winnicott separa finalmente estos casos de otros en los que el analizado irrumpe en la barrera profesional y puede promover una respuesta directa del analista. Winnicott opina aquí que no cabe hablar de contrasferencia sino simplemente de una *reacción* del analista frente a la especial circunstancia que trasgredió su ámbito profesional: emplear para hechos distintos la misma palabra solamente puede traer confusión.

En conclusión, Winnicott mantiene sus conocidas ideas sobre el *manejo* de los pacientes regresivos; pero algunas de sus afirmaciones de 1947 (que hace un momento critiqué) parecen haberse modificado sustancialmente, con lo que se vuelve a una concepción clásica de la contrasferencia.

8. Resumen final

Si bien la presencia de la contrasferencia como un factor importante del proceso analítico estuvo siempre presente en la mente de los analistas, como lo prueba el ejemplo sobresaliente de Ella Sharpe, es innegable que sólo a partir de la mitad del siglo la contrasferencia se organiza en un cuerpo de doctrina completo. A partir de ese momento, la contrasferencia nos hace más responsables de nuestra labor y destruye con argumentos valederos (y analíticos) la idea de un analista que puede mantenerse incontaminado al margen del proceso. Al contrario de lo que se pensaba antes, la idea que tenemos ahora es que la contrasferencia existe, debe existir y no tiene por qué no existir. Tenemos que tenerla en cuenta y, como dice Margaret Little (1951), el analista impersonal es simplemente un mito.

El cambio sustancial que viene de esos años no es sin embargo este que acabo de señalar, sino que la contrasferencia no sólo se acepta como un ingrediente ineludible del proceso analítico sino también como un instrumento de comprensión. Esta idea, como hemos visto, es lo que fundamentalmente traen Paula Heimann y Racker, y es por esto que le hemos dado una ubicación especial en este desarrollo.

Tercera parte. De la interpretación y otros instrumentos

24. Materiales e instrumentos de la psicoterapia

La parte principal de las lecciones que ahora empezamos es el estudio de la *interpretación*, el fundamento de la terapia psicoanalítica. Sin embargo, nadie duda de que la actividad del analista no está estrictamente circunscripta a interpretar, y que siempre hacemos algo más que eso. Con un sentido más abarcativo, pues, lo que vamos a estudiar son los *instrumentos* de la psicoterapia, entre los cuales la interpretación ocupa el lugar principal. Al mismo tiempo, debemos tener en cuenta que la interpretación no es privativa del psicoanálisis, ya que todas las psicoterapias mayores la utilizan.

Es necesario empezar, pues, ubicando la interpretación en el contexto de todo el instrumental con que debe operar el psicoterapeuta y explicar por qué este instrumento tiene una importancia especial. Por otra parte, hay también que delimitar el concepto de interpretación, porque según lo tomemos en sentido lato o estrecho llegaremos a diferentes conclusiones en cuanto a la tarea del analista, si sólo interpreta o hace otras cosas, porque a veces este problema es simplemente de definición. Lógicamente, si se le asigna al concepto un sentido muy amplio, todo puede rotularse de interpretación; pero tal vez no sea este el mejor criterio.

Vamos a empezar estudiando la interpretación como el instrumento principal que utilizan todos los métodos de psicoterapia mayor (o profunda); después, en un segundo paso, trataremos de ver cuáles son las características esenciales de la interpretación en psicoanálisis.

1. Psicoterapia y psicoanálisis

Para abordar este tema es ineludible un breve comentario sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. Con el correr de los años, la poética idea de Freud (1904a) de dividir la psicoterapia como Leonardo las artes plásticas, ha resultado ser la más rigurosa de todas las clasificaciones.

Freud afirmaba que el método descubierto por Breuer, la psicoterapia catártica y el psicoanálisis desarrollado a partir de ella operaban *per via di levare*, no *per via di porre* como las otras. Esta idea aparece en casi todos los trabajos (que son cientos), donde se intenta deslindar el psicoanálisis de la psicoterapia.

El lector recordará, sin duda, los trabajos de Robert P. Knight, entre

los que se destaca desde el punto de vista que estamos considerando «Una evaluación de las técnicas psicoterapéuticas» (1952), en el que se reconocen dos tipos de psicoterapia: de apoyo y exploratoria. Otros autores prefieren hablar de 'psicoterapia represiva y expresiva. Merton M. Gill (1954), destacado estudioso de la psicología del yo, habla de psicoterapia exploratoria y de apoyo y define al psicoanálisis en estos términos: «El psicoanálisis es aquella técnica que, empleada por un analista neutral, tiene como resultado el desarrollo de una neurosis de transferencia regresiva y la resolución final de esta neurosis solamente por medio de técnicas de interpretación» (*Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, pág. 215).

Un enfoque similar es el de Edward Bibring en su clásico artículo de 1954. Bibring dice que hay cinco tipos de psicoterapia: sugestiva, abreactiva, manipulativa, esclarecedora e interpretativa. No necesito aclarar a qué se refiere Bibring con psicoterapia sugestiva o abreactiva;¹ por manipulativa define a la psicoterapia en la cual el médico participa tratando de dar una imagen que sirva como modelo de identificación. Las psicoterapias de esclarecimiento y las interpretativas operan a través del insight; las otras no. Es interesante este punto de vista, porque sólo Bibring dice que el esclarecimiento produce insight. El resto de los psicoanalistas piensa que el insight se liga exclusivamente a la interpretación, aunque puede haber aquí un problema semántico, ya que tal vez el insight en que piensa Bibring es el descriptivo y no el ostensivo en el sentido de Richfield (1954). Cuando en el próximo capítulo consideremos la forma en que define Löwenstein la interpretación, veremos que lo hace, justamente, en función del insight.

Bibring concluye, y me parece interesante, que el psicoanálisis es una psicoterapia que utiliza estos cinco instrumentos, es decir, la sugestión, la abreacción, la manipulación, el esclarecimiento y la interpretación. Hay, sin embargo, una diferencia que lo caracteriza y también lo destaca frente a las otras, sigue Bibring, y es que usa los tres primeros como recursos técnicos y sólo los dos últimos como recursos terapéuticos. Para el psicoanalista está permitido usar la sugestión, la abreacción y la manipulación como recursos para movilizar al paciente y facilitar el desarrollo del proceso analítico; pero los únicos recaudos con los cuales opera como factores terapéuticos son los que producen insight. Esta idea de Bibring a mí me parece correcta porque lo que diferencia el psicoanálisis de las psicoterapias en general (y me refiero específicamente a las psicoterapias exploratorias o expresivas) es justamente que en estas la sugestión, la abreacción y la manipulación se utilizan como recursos terapéuticos, esto es, esenciales. El paradigma podría ser la reeducación emocional de Alexander y French (1946), donde se recurre a la manipulación de la transferencia para darle al paciente una nueva experiencia que corrija las defectuosas del pasado. La verdad es que en cuanto tratamos de corregir la imagen del pasado en esta forma, ya empezamos a operar con factores sugestivos

¹ La abreacción ocupa un lugar singular, como vamos a ver más adelante.

o de apoyo. Digamos siendo estrictos que el psicoanalista utiliza *de hecho* los recursos que Bibring llama técnicos, sin por ello concederles un lugar del todo legítimo en su método.

2. Materiales e instrumentos

La reflexión de Bibring nos abre el camino hacia una segunda precisión que debemos hacer para abordar finalmente nuestro tema, y es la diferencia entre materiales e instrumentos de la psicoterapia, siguiendo básicamente a Knight. Es una diferencia un tanto geométrica y pitagórica, según la cual lo que surge del paciente se llama *material*, y el analista opera sobre ese material con sus *instrumentos*.

Tanto el concepto de material como el de instrumento exigen algunas aclaraciones. Con respecto al *material*, yo diría que debemos circunscribirlo a lo que el paciente da con la intención (conciente o inconciente) de informar al analista sobre su estado mental; De esta forma, quedaría fuera lo que el paciente hace o dice no para informar sino para influir o dominar al terapeuta. Esta parte del discurso debe ser conceptualizada como *acting out verbal* y no verdaderamente como material. Como veremos con más detalle al hablar de acting out, es más exacto decir que siempre el discurso tiene a la vez las dos partes y, consiguientemente, comprende a ambas. Si toda comunicación del paciente incluye estos dos factores, será entonces parte de la técnica analítica discriminar entre lo que el paciente da para informarnos de lo que nos *hace* con su comunicación. Y esta discriminación no cambia si lo que «hace» el paciente puede ser transformado por el analista y comprendido como material, porque la clasificación no es funcional sino dinámica, es decir, tiene que ver con el deseo del paciente, con su fantasía inconciente. En otras palabras, sin tener intención de comunicar, el acting out del analizado puede informarnos.

En cuanto a los instrumentos también debe establecerse la misma diferencia y privar de ese carácter a las intervenciones del analista que no tengan por finalidad desarrollar el proceso terapéutico. A estas intervenciones debe llamárselas, para ser justos, acting out del analista (contra-acting out).

No es este un problema ocioso, porque muchas discusiones sobre el acting out están vinculadas a esta diferencia. En mi opinión, y adelantándome al tema, el acting out no es material, porque el paciente no lo da con la intención de informar, de colaborar con la tarea. Que el psicoterapeuta pueda sacar de él una determinada conclusión es otra cosa. Como dice Elsa Garzoli (comunicación personal), el acting out no comunica aunque informe.

El concepto de material debe circunscribirse más todavía, porque hay que considerar una tercera dimensión del discurso: cuando el analizado no asocia sino habla.

Nos ocupamos indirectamente de este tema a propósito de la alianza

terapéutica al estudiar las contribuciones de Greenson y de Meltzer. La parte adulta habla, afirma Meltzer; y cuando el paciente habla (o *nos* habla), lo que corresponde es contestarle, no interpretar.

(Greenson y Wexler (1969, 1970) sostienen a mi parecer la misma idea cuando discriminan entre asociación libre y lo que no lo es. Sostienen que tomar por asociaciones libres lo que se expone como real (que para ellos tiene el doble significado de lo no distorsionado y lo genuino) daña el juicio de la realidad del analizado. (Récuerdese el ejemplo de Kevin.)

(En resumen, si queremos ser estrictos y evitar equívocos debemos circunscribir el término *material* a lo que el analizado comunica en obediencia a la regla fundamental y poner entre paréntesis lo que él mismo deja afuera inconcientemente (acting out verbal) o conscientemente, es decir, cuando habla (o cree que habla) como adulto, tenga o no que ver para él con el tratamiento.

Conviene aclarar que las precisiones recién propuestas se refieren íntegramente a lo que el analizado siente, a sus fantasías, y no a juicios del analista. Es parte de la labor del analista señalar al analizado con qué (o desde qué) fantasías está hablando, sobre todo cuando advierta una discordancia entre lo que el analizado asume manifiestamente y sus fantasías inconcientes. En otras palabras, el analista debe reconocer lo que el analizado asume explícita o implícitamente cuando habla, sin por ello sujetarse a esas estipulaciones.

Dejando para otra oportunidad una discusión más detenida de este tema, que para mí es fundamental, a continuación vamos a estudiar los instrumentos de que se vale el psicoterapeuta y que, para un mejor desarrollo de nuestra exposición vamos a dividir en cuatro grupos: 1) instrumentos para influir sobre el paciente, 2) instrumentos para recabar información, 3) instrumentos para ofrecer información y 4) parámetro de Eissler (1953).

3. Instrumentos para influir sobre el paciente

El psicoterapeuta dispone de varios instrumentos para ejercer una influencia directa sobre el paciente con el propósito de hacer que cambie, que mejore. Este cambio puede consistir en que los síntomas se alivien o desaparezcan, que su estado mental se modifique, que su conducta se haga más adaptada a la realidad en que vive, etcétera. Hay muchos procedimientos para alcanzar estos fines, como el apoyo, la sugestión y la persuasión.

Todos ellos se proponen alcanzar, pues, un cambio *directo*, inmediato, que apunta más a la conducta que a la personalidad y se diferencian de los otros métodos que vamos a estudiar porque están al servicio de la psicoterapia represiva. Ni el apoyo, ni la sugestión, ni la persuasión tienen como finalidad abrir el campo o, si queremos decirlo en términos de la teoría psicoanalítica, levantar la represión, sino todo lo contrario.

Son métodos por cierto limitados, pero pueden tener un efecto curativo, que es muy legítimo en algunas formas (menores) de psicoterapia.

Por *apoyo* entendemos una acción psicoterapéutica que trata de darle al paciente estabilidad o seguridad, algo así como un respaldo o un bastón. Aquí las expresiones plásticas de mantenerse en pie o de seguir caminando son ineludibles, porque el concepto está intrínsecamente ligado a la idea de algo que sostiene. Existen diversos tipos de apoyo, como las medidas que tienden a aliviar la ansiedad tratando de alejarla de la conciencia (represión, negación), las que tienden a reforzar la buena relación con el otro, para lo cual el psicoterapeuta se coloca en el lugar de un objeto (súperyo) bueno, sobre lo cual habló Strachey en su trabajo de 1934, y las que tienden a subrayar (tendenciosamente) ciertos aspectos de la realidad.

El apoyo es el instrumento más común de la psicoterapia, el que está más al alcance del médico general (o, simplemente, de todo el que tenga que ver con relaciones interpersonales) y el que se usa más libremente. Sin embargo, a pesar de ser el más común, no es el más adecuado, ya que puede crear una situación viciosa, porque estimula una dependencia difícil de resolver y, en cuanto no es verdadero, puede aumentar la inseguridad. Lógicamente, esto depende de a qué vamos a llamar apoyo. Me refiero al apoyo como algo que se le ofrece al paciente desde afuera para mantenerlo a toda costa en equilibrio. Como señala Glover (1955), a veces el apoyo está fuertemente determinado por la contratrasferencia. Si, en cambio, entendemos por apoyo una actitud de simpatía, de cordialidad y de receptividad frente al paciente, desde luego este apoyo es un instrumento ineludible en toda psicoterapia. Para diferenciar las dos alternativas se prefiere hablar en estos casos de contención (*holding*), siguiendo a Winnicott (1958, *pássim*), como veremos al estudiar el proceso analítico.

En cuanto a la influencia de la angustia contratrasferencial en la necesidad de dar apoyo conviene señalar que el analista no debe confundir el apoyo que se da coyunturalmente con algo que pretende ser de valor perdurable. Meltzer (1967) señala que el adecuado mantenimiento y manejo del setting puede modular la ansiedad; pero sólo la interpretación la resuelve.

El apoyo en el tratamiento psicoanalítico mereció la atención de muchos autores. Glover lo trata en su libro de técnica (1955, págs. 285-90). Melitta Schmideberg habló del tema en la Sociedad Británica en febrero de 1934 y su trabajo se publicó el año siguiente. Considera que el apoyo es un método de dosar la ansiedad, y como tal legítimo en psicoanálisis si se lo usa prudentemente y se lo combina con la interpretación. En la discusión del trabajo hablaron entre otros Glover, Ella Sharpe, Paula Heimann y la madre de Melitta, que la apoyó (Glover, pág. 288).

Otro instrumento de la psicoterapia, del que también voy a hablar brevemente, es la *sugestión*. Como indica su nombre, sugestión, «subgestar», es algo que se hace, se gesta desde abajo (la raíz latina es *suggestio*). El fundamento del método sugestivo es introducir en la mente del enfermo, subyacentemente de lo que piensa, algún tipo de juicio o afirmación

que pueda operar luego desde adentro con el sentido y la finalidad de modificar una determinada conducta patológica. Baudouin distingue dos tipos de sugestión, pasiva y activa, llamando *aceptividad* a la pasiva y a *la activa sugestibilidad*. En el primer caso el individuo se deja penetrar por la sugestión sin hacer ningún esfuerzo para recibirla e incorporarla. Es la menos eficaz y la más condenable. En cambio, en la sugestibilidad, el paciente participa en el proceso, que por eso mismo resulta más perdurable y eficaz.

Para algunos autores, el psicoanalista ejerce una forma sutil e indirecta de sugestión, y Freud mismo siempre mantuvo esta idea. Decía que, en última instancia, la diferencia entre la psicoterapia analítica y las otras es que utiliza la influencia del médico, es decir la sugestión, para que el paciente abandone sus resistencias y no para inducirle determinado tipo de conducta. En esto se apoya el trabajo de Ida Macalpine (1950) sobre la transferencia, que arranca para ella de un fenómeno subyacente de sugestión, y aun de hipnosis.

Si el apoyo es criticable en cuanto crea un vínculo que es en cierto modo ortopédico (ya dijimos que el símil del bastón es inevitable), también la sugestión (aun la forma activa de Baudouin) es peligrosa, porque la influencia que ejerce es muy grande y puede ser perturbadora. La posibilidad de conducir demasiado al paciente y de ejercitar la demagogia o la superchería son riesgos inherentes a la sugestión, sin que esto la descalifique, ya que todos los instrumentos, incluida la interpretación, tienen sus riesgos. Cuando el apoyo y la sugestión se ubican en el lugar que les corresponde y cuando el psicoterapeuta sabe con qué instrumentos está operando son legítimos y pueden ser útiles en ciertas formas de psicoterapia (menor).

La *persuasión* de Dubois apunta a la razón y asume distintas modalidades, intercambiando ideas, argumentando y hasta polemizando con el paciente.²

Dubois trató siempre de diferenciar su método del apoyo y de la sugestión, afirmando que la persuasión está ligada al proceso racional, a la razón del paciente. Aunque aparente tener un matiz racional, el método de Dubois siempre está cargado de afectividad; sus argumentos son más racionalizaciones que razones. Lo mismo cabe decir de algunas psicoterapias de inspiración pavloviana que surgieron hace algunos años, y que así como surgieron pasaron. Entre nosotros uno de sus cultores fue José A. Itzingsohn, cuya evolución fue, sin embargo, de un creciente acercamiento al psicoanálisis. En todos estos métodos, la idea de «*psicoterapia racional*» está más ligada a la forma que al fondo mientras que el psicoanálisis, como bien decía Fenichel (1945a), es racional aunque maneje fenómenos irracionales.

² La *logoterapia* de Frankl (1955) es a mi juicio una forma de psicoterapia persuasiva, más moderna y existencial; pero coincidente en el fondo con la de Dubois.

4. Instrumentos para recabar información

Los instrumentos del primer grupo que acabamos de estudiar buscan influir sobre el paciente, operar en forma directa y concreta sobre su conducta y, por esto, están conceptualmente ligados a los métodos represivos de psicoterapia, aunque ya hemos dicho que a veces los usa el analista, con o sin razón, fuera de aquella cuestionable afirmación freudiana de que la sugestión es una parte indispensable del procedimiento analítico, en cuanto la usamos para que el paciente venza sus resistencias.

A continuación vamos a estudiar dos grupos de instrumentos que, opuestos por sus objetivos, son hermanos en su fundamento, que es la *información*. Veremos primeramente los que sirven para obtener información y luego los que se la ofrecen al paciente. Estos dos tipos de recursos, digámoslo desde ya, son por su índole totalmente compatibles con los métodos de la psicoterapia mayor y del psicoanálisis más estricto.

Entre los instrumentos para recabar información, el más sencillo y directo es la *pregunta*. Cuando no hemos escuchado, no hemos entendido o deseamos conocer algún dato que nos parece pertinente a las asociaciones del analizado, así como cuando creemos necesario saber qué significado le da el paciente a lo que está diciendo, corresponde preguntar —siempre que no haya elementos que nos aconsejen interpretar o simplemente callarnos—. No es por cierto excluyente formular la pregunta y también interpretar; y dependerá del arte analítico que en un caso se pregunte, en otro se interprete o se hagan las dos cosas.

No hay reglas fijas, no puede haberlas: todo depende del material del paciente, del contexto, de lo que pueda informar la contratrasferencia. Un caso singular es el publicado por Ruth Riesenbergr (1970), donde la perversión de transferencia consistía en querer poner a la analista de observadora, como la gente en una fantasía de la paciente con el espejo. Por fortuna, la hábil analista se dio cuenta y se abstuvo de preguntar, cuando hacerlo habría sido obviamente un error. Para ser más preciso, la analista hizo al comienzo alguna pregunta; pero justamente la respuesta de la paciente en esas ocasiones es lo que la llevó a cuidarse, a pensar por qué la paciente respondía en una forma tan particular a las preguntas que, por otra parte, a la analista le parecían de lo más naturales para esclarecer el material. De modo que, como enseña ese trabajo, cada vez que uno pregunta debe estar atento para ver si está realmente recabando información o si se ha dejado llevar a una situación que merecería ser analizada en sí misma.

En el caso regular, la pregunta tiene por finalidad obtener una información precisa y se entiende que se la formula sin otros propósitos, sin segundas intenciones, porque de lo contrario ya estaríamos haciendo otra cosa, influyendo sobre el analizado, manejándolo, apoyándolo, etcétera. Justamente una dificultad de preguntar es que, sin darnos cuenta, tengamos segundas intenciones y/o que el analizado nos las adjudique. De hecho esto último se puede analizar.

El otro inconveniente de preguntar es que, en alguna medida, perturbamos la asociación libre. A esto se refirió Löwenstein en el panel sobre variaciones técnicas del Congreso de París de 1957. Las preguntas tienen un lugar legítimo en la técnica para obtener detalles y precisiones, como hizo Freud con el «Hombre de las Ratas»; pero sólo en casos especiales se justifica interrumpir el flujo asociativo para preguntar. Coincido en este punto con Löwenstein (1958) ya que cuando el paciente asocia libremente no vale interrumpirlo, aunque todo depende del contexto y de las circunstancias.

Si preguntamos con otro propósito que el de obtener información estamos introduciendo un factor en la situación, y esto siempre es complicado. De este tema se ha ocupado Olinik (1954), quien emplea las preguntas concretamente como un parámetro.

Cuando el paciente está angustiado o confundido, cuando no puede hablar libremente, Olinik considera que resulta legítimo hacer preguntas, sea para dar soporte al yo o reforzar su contacto con la realidad, o bien como un intento de mejorar el nivel de colaboración del paciente, preparándolo eventualmente para la interpretación.

Este uso de las preguntas como parámetro me parece discutible. El ejemplo de Olinick, la mujer joven que empieza su análisis esforzándose en mostrar su admiración por la madre y el desprecio por el padre, así como un gran deseo de impresionar al analista, fue resuelto con una serie de preguntas sobre sus relaciones parentales. Si bien el material es muy escueto para dar una opinión personal, tampoco es demostrativo de que el agudo conflicto no podría haberse resuelto interpretando sin parámetros.

Aquí interviene el arte analítico porque, evidentemente, cuando el analista está con una persona muy angustiada y no acierta con la interpretación, puede preguntar para aliviar momentáneamente la angustia; pero tiene que saber que esta pregunta es una forma de apoyo y no tiene por finalidad obtener información.

Otro instrumento para recabar información es el señalamiento (observación). Para mí la observación se superpone por entero al señalamiento, son sinónimos, no alcanzo a ver en qué se diferencian.

El señalamiento, como su nombre indica, señala algo, circunscribe un área de observación, llama la atención, con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información. Si quisiéramos ubicar este instrumento en la tabla de Bion (1963), lo pondríamos en las columnas 3 (notación) y 4 (atención).

El señalamiento implica siempre, es cierto, un grado de información que el analista le da al paciente al llamar su atención; pero creo que esto es sólo adjetivo: lo que define este instrumento es que busca recibir información.

Como en el caso de la pregunta, la observación puede tener segundas intenciones o puede soportar elementos interpretativos. Siempre hay lugares de tránsito, son inevitables; pero lo que importa es discriminar los distintos ingredientes del caso particular.

El señalamiento (observación) tiende a hacerse diciendo *¡fíjese o note que* o algo así; es decir, realmente señalando un hecho, señalando algo que no ha sido advertido por el analizado y que no sabemos si es conciente para él. No es necesario que el paciente no tenga conciencia; puede tenerla y por esto es contingente la información que da el analista en el señalamiento: lo característico es, de todos modos, que el señalamiento contribuye a circunscribir un área determinada para la investigación ulterior. En los actos fallidos el señalamiento cumple a veces simultáneamente la misión de llamar la atención del analizado y de hacerlo conciente, de informarle que tuvo un lapso que él no advirtió.

Cuando luego de contar su primer sueño Dora ofrece sus asociaciones, Freud le dice: «Le ruego que tome buena nota de sus propias expresiones. Quizá nos hagan falta. Ha dicho que *por la noche podría pasar algo que la obligase a salir*» (AE, 7, pág. 58); y, acto seguido, al pie de página, explica Freud por qué subraya estas palabras, es decir, por qué hizo a Dora este señalamiento.³

En el señalamiento el analista no lleva el propósito de informar específicamente al paciente sino de hacerle fijar la atención en algo que ha aparecido y que, en principio, el terapeuta mismo no sabe qué significado puede tener. En la nota al pie de su señalamiento Freud dice que el material es ambiguo y que esa ambigüedad puede conducir a las ideas todavía ocultas tras el sueño. Si el analista conoce con seguridad de qué se trata, entonces el señalamiento es superfluo y debe interpretar. Podría argüirse que, aun conociendo con cierta seguridad el contenido latente, el analista puede preferir en cierto momento el señalamiento a la interpretación, pensando, por ejemplo, que el analizado no está todavía en condiciones para comprender o tolerar la interpretación. Discutiremos este punto cuando hablemos de la interpretación profunda; pero digamos, desde ya, que esta prudencia del analista plantea un problema teórico.

Dentro del esquema que estamos desarrollando, el otro instrumento para recoger información es la confrontación. Como su nombre lo indica, la confrontación muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta una contradicción. Un paciente decía que estaba muy bien y cerca por tanto del fin del tratamiento, mientras expresaba fuertes temores de morir de un infarto de miocardio. Había por cierto varias interpretaciones posibles, pero la gran contradicción que él no advertía entre estar bien y tener un infarto me hicieron preferir confrontarlo con ese hecho singular, y ponerme así a cubierto de que una interpretación pudiera ser malentendida en términos de una opinión de mi parte, por ejemplo, teniendo en cuenta justamente la sorprendente negación de sus temores.

Otro paciente que quería sinceramente dejar de fumar, cada vez que se ponía a analizar el problema encendía un cigarrillo. En una de esas

³ Las bastardillas en el texto de Freud son expresión tipográfica de la necesidad de señalar.

oportunidades yo lo confronté simplemente con ese hecho, le dije que la situación era singular, que quería analizar su hábito de fumar para dejar de hacerlo, y mientras tanto encendía un cigarrillo. La confrontación, entonces, destaca dos aspectos distintos, contradictorios en el material. Al paciente le fue realmente útil, porque le hizo comprender toda una serie de automatismos, de contradicciones en su conducta, inclusive la función que cumplía para él el cigarrillo cuando debía acometer una tarea, etcétera.

No siempre es fácil deslindar la confrontación del señalamiento, ya que aquella puede considerarse un caso especial de este en que llamamos la atención sobre dos elementos contrapuestos. Hay, sin embargo algunas diferencias, que no deben por cierto considerarse como incuestionables. Podríamos decir, por de pronto, que, en general, el señalamiento tiene que ver con la percepción y la confrontación con el juicio. Tal vez la imagen plástica que antes usamos, la de que el señalamiento circunscribe un área, pueda servir para establecer una diferencia. Mientras el señalamiento centra la atención en un punto determinado para investigarlo, en la confrontación lo fundamental es enfrentar al paciente con una contradicción. Confrontar es poner frente a frente dos elementos simultáneos y contratantes, que pueden darse tanto en el material verbal como en la conducta. Muchas veces, como en el caso del fumador recién mencionado, se contraponen la conducta y la palabra.

Creo que vale la pena señalar, para evitar malentendidos, que las discriminaciones que hemos hecho en este párrafo son dinámicas, metapsicológicas y no fenomenológicas. Lo fundamental no es la forma: un señalamiento, una confrontación y aun una interpretación pueden hacerse formalmente con una pregunta; y, al contrario, muchas veces se le da forma de interpretación a lo que sólo es un comentario del analista.

Löwenstein (1951) habla de estos tres instrumentos como *preparatorios* de la interpretación, pero en mi exposición quise darles más autonomía: en cuanto son instrumentos para recabar información no son necesariamente pasos previos a una interpretación. Los ejemplos de Löwenstein son distintos de los míos, sin duda porque él está interesado en mostrar algunos fundamentos de su técnica. En primer lugar, Löwenstein distingue momentos preparatorios y momentos finales en el proceso interpretativo porque piensa, como muchos autores, que es artificioso hablar de la interpretación, cuando en realidad la actividad del analista es compleja y no se la debería separar en compartimientos.⁴ Por otra parte, Löwenstein piensa que es fundamental ir graduando el acceso del analizado al material inconsciente y, en este sentido, se entiende su empeño en discriminar entre los pasos previos y el cierre final. Esta prudente actitud tiene sin embargo sus bemoles, y hasta puede ser tendenciosa, ya que se propone que el analizado llegue por sí solo a lo que ya el analista sabe.

Me acuerdo de un hombre joven, inteligente y desconfiado que fue uno de mis primeros pacientes. Tenía sueños muy poco censurados y yo,

⁴ Así piensa, por ejemplo, Breneman (1979).

que no me animaba a interpretarlos, le hacía preguntas sobre el contenido manifiesto, que él recusaba por tendenciosas: «¡Claro! Usted me pregunta eso para que le diga que es homosexualidad (*sic*) o que esa mujer es su esposa, o mi madre». En realidad tenía razón, porque esa era mi intención, y hubiera sido tal vez mejor interpretar directamente y señalarle que él *quería* que yo le interpretara «eso» para después acusarme. Es evidente ahora para mí que yo le tenía miedo a sus respuestas paranoides⁵ y quería hacerle decir a él lo que yo tenía que decir. En este caso mi falla técnica es notoria y no sirve, entonces, para refutar a Löwenstein; pero señala, de todos modos, un riesgo de la prudencia. En fin, volvemos a tocar aquí el tema de la interpretación profunda.

⁵ Grinberg diría con más precisión que me había contraidentificado con su parte *asustada* por las revelaciones que el análisis tenía que hacerle.

25. El concepto de interpretación

En el capítulo anterior nos ocupamos de los instrumentos de la psicoterapia, que dividimos en cuatro grupos de los cuales estudiamos los que sirven para influir sobre el paciente y para solicitarle información. Ahora nos corresponde estudiar el tercer grupo que comprende los instrumentos para informar, dentro de los cuales se encuentra la interpretación. Como se recordará, existe todavía una cuarta categoría, los parámetros.

1. Instrumentos para informar

De todos los instrumentos que forman el arsenal del psicoterapeuta hay tres que tienen una entidad distinta y también una distinta dignidad: la información, el esclarecimiento y la interpretación. Estas tres herramientas son esencialmente una y única; pero conviene distinguirlas, más que por sus características por su alcance.

En un extremo está la *información*, que opera como un auténtico instrumento de psicoterapia si la ofrecemos para corregir algún error. Si la neurosis en alguna forma proviene de un error de información, y específicamente de errores de información en término de relaciones interpersonales, es lógico pensar que cualquier afirmación que perpetúe o ahonde los errores perpetúa y ahonda la enfermedad; y, viceversa, cualquier dato que aporte mejores elementos para comprender la realidad (o la verdad) tiene que tener un carácter terapéutico.

En su sentido estricto, la información se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer, es decir, intenta corregir un error que proviene de la deficiente información del analizado. Se explica a mi juicio, por definición, a conocimientos extrínsecos, a datos de la realidad o del mundo, no del paciente mismo. Así delimitada, la información incrementa el conocimiento del analizado, pero no se refiere específicamente a sus problemas, sino a un desconocimiento objetivo que de alguna forma lo influye. En casos muy especiales (y digamos que también muy escasos), el analista puede legítimamente dar esa información, corregir ese error. No es difícil encontrar ejemplos en la práctica, en nuestra propia práctica, y lo primero que pensamos bajo la influencia del severo supe-
roryo ~~paciente~~ ~~que~~ ~~hemos~~ cometido una trasgresión; y, sin embargo, al darme esta información con el objeto de que el paciente ten-

ga un dato que le hace falta y del que carece por motivos que fundamentalmente le son ajenos, esa información es pertinente y puede ser útil.

No se me oculta, por supuesto, el riesgo que se corre al dar este tipo de información. El paciente puede malentenderla por apoyo, seducción, deseo de influir o de controlarlo, etcétera; pero, de todos modos, si el analizado sufre de una ignorancia que lo afecta y nosotros le aportamos el conocimiento que le falta al solo intento de modificar esa situación, pienso que estamos operando legítimamente, conforme al arte.

Se podrá decir por cierto que, en tales casos, siempre es viable suministrar el mismo informe a través de una interpretación que lo contenga; pero esto para mí es un artificio que no se compadece con la técnica y menos con la ética. Es valerse de nuestra herramienta más noble para fines que no le competen y que no pueden sino menoscabarla. No hay que perder de vista que el analizado va a captar, a la corta o a la larga, que estamos trasmitiéndole un dato determinado a través de un artificio, y entonces podrá suponer que siempre operamos con segundas intenciones sin que nosotros podamos limpiamente interpretarles su desconfianza (paranoica) o su desprecio (maníaco).

Es necesario destacar aquí que me refiero a un desconocimiento del analizado que no tiene que ver con el contrato, con el encuadre, como preguntas sobre un día feriado, vacaciones, honorarios, etcétera, porque en este caso es claro que la información es ineludible. Me refiero a cuestiones que no tienen que ver con las constantes del encuadre y sobre las que el analista puede no sentirse en la obligación de informar.

A veces se justifica, por ejemplo, darle alguna información médica a un analizado que no la tiene y ni siquiera sabe que no la tiene. En la misma semana que su mujer ingresó en el climaterio, un analizado que envidiaba siempre las prerrogativas del sexo débil tuvo una pequeña hemorragia rectal. Interpreté este síntoma como el deseo de ser él ahora el que tenía la menstruación, en la doble perspectiva de su reconocida envidia a la mujer y de su deseo de reparar. Pude al mismo tiempo poner este material válidamente en la línea de su transferencia homosexual y también de su deseo de liberarse de mí terminando repentinamente el análisis como si fuera un aborto. Le informé al mismo tiempo que la sangre en las materias fecales podía ser un síntoma de enfermedad orgánica y le pedí que consultara. Por desgracia, mi temor se confirmó y una semana después lo operaban por un carcinoma de sigmoide.

No siempre, pero sí tal vez en casos especiales, si no legítimo puede ser al menos perdonable darle a un colega en análisis, que quiere hacer la carrera, algún dato general sobre ciertos requisitos, por ejemplo que el período de las entrevistas se abre y se cierra en plazos definidos, aunque lo más probable en estos casos es que haya que interpretar al aspirante los motivos neuróticos de su desinformación.

Un paciente puede consultar por lo que él llama eyaculación precoz y tratarse de un desajuste de otro tipo. Tomé en análisis hace muchos años a una mujer «frígida» y luego, cuando pude obtener datos sobre su vida sexual durante el tratamiento, me enteré que su marido eyaculaba *un*

portas. Fue un error, entonces, no preguntarle en las entrevistas por qué consideraba ella que era frígida, a qué llamaba ella frigidez. Si bien es cierto que la mujer en cuestión necesitaba el análisis era por otros motivos, entre ellos por su desconocimiento de la vida sexual, por la idealización del marido y por sus autorreproches casi melancólicos.

No hace mucho tiempo, un o una colega joven comentaba con entusiasmo que, al salir de la sesión, iría al seminario de un eminente analista que iba a visitarnos. Yo sabía que el viaje se había cancelado a último momento y preferí darle esa información a mi analizado/a en lugar de dejar que se costeara a la Asociación para sólo entonces enterarse. Esta anécdota, al parecer intrascendente contiene, empero, toda una teoría de la información en el setting analítico. Yo no estaba, evidentemente, obligado a suplir su déficit de información, pero sabía que no era él el único ignorante de la suspensión a último momento del viaje. Yo mismo había dado la orden de que se avisara a miembros y candidatos de la imprevista circunstancia y suponía que no a todos podría haberse avisado. Me parece que, pesando todas las circunstancias, no darle el informe hubiera sido descomedido de mi parte.

En muchos de estos casos se le plantea al analista una situación delicada, porque estas fallas «objetivas» de información son frecuentemente producto de la represión, la negación u otros mecanismos de defensa. En estos casos es desde luego más operante (y más analítico) interpretar que él sabe algo que no quiere ver (represión), cuya existencia niega (negación) o que quiere que yo (o él que sea) sepa por él (proyección, identificación proyectiva).

—Nuevamente, no hay regla fija en estos casos. Todo depende del momento, de las circunstancias, de muchos factores. No estaremos en falta si lo que buscamos es informar al analizado y no congraciarnos con él, apoyarlo o influirlo, y siempre que pensemos que su déficit de información debe ser corregido directamente y no interpretado, que de esta manera ampliamos el diálogo analítico en lugar de cerrarlo.

Se comete un lamentable error cuando se cree que al dar este tipo de información contribuimos a un cambio en el paciente. Sólo le damos la oportunidad de ver sus problemas desde otra perspectiva, al tiempo que evitamos que vea nuestro silencio como confirmación de lo que él pensaba.

Para terminar quiero recordar el mejor ejemplo que yo recuerdo de mis lecturas. En el clásico trabajo de Ruth Mack-Brunswick, «Análisis de un caso de paranoia. Delirio de celos» (1928b), donde se muestra por primera vez la fijación patológica de una mujer a la etapa preedípica, la paciente comenta muy suelta de cuerpo que las perras no tienen vagina y su analista le da la información pertinente (pág. 619 de la vers. cast.).

El *esclarecimiento* busca iluminar algo que el individuo sabe pero no distintamente. El conocimiento existe; pero, a diferencia de la información, aquí la falla es algo más personal. No es que le falte un conocimiento de algo extrínseco sino que hay algo que no percibe claramente de sí mismo. En estos casos la información del terapeuta está destinada a po-

ner en claro lo que el paciente ha dicho. El esclarecimiento no promueve a mi parecer insight sino sólo un reordenamiento de la información; pero esta opinión no es la de Bibring (1954), para quien el proceso implica el vencimiento de una resistencia (seguramente en el sistema Pccc).

En el esclarecimiento la información le pertenece al paciente pero él no la puede aprehender, no la puede captar.

2. La interpretación

En el otro extremo de este espectro, la interpretación se refiere siempre, a mi juicio, también por definición, a algo que pertenece al paciente pero de lo que él no tiene conocimiento. No uso la palabra conciencia, porque deseo definir estos tres instrumentos en términos aplicables a cualquier escuela psicoterapéutica y no sólo a nuestra metapsicología. Los ontoanalistas, por ejemplo, no admiten de hecho una diferencia entre conciente, preconciente e inconciente, pero no objetarán si digo conocimiento o empleo la palabra conciencia en el sentido general de tener conciencia, de hacerse cargo o saber de sí mismo. La información se refiere a algo que el paciente ignora del mundo exterior, de la realidad, algo que no le pertenece; la interpretación, en cambio, señala siempre algo que le pertenece en propiedad al paciente, y de lo que él, sin embargo, no tiene conocimiento. La diferencia es muy grande, y nos va a servir para definir y estudiar la interpretación.

Se dice a veces que la interpretación puede referirse no sólo a algo que pertenece al individuo sino también a su ambiente. Es esta una extensión del concepto que yo no comparto. Por esto insistí en definir y legalizar la información propiamente dicha, para no confundir el concepto de interpretación. Sólo al paciente se lo interpreta: las «interpretaciones» a sus familiares o amigos son interpretaciones silvestres.

Del mismo modo, cuando Winnicott (1947) dice que el analista debe interpretarle al psicótico el odio objetivo que alguna vez le tuvo, utiliza la idea de interpretación muy laxamente. Con arreglo a las precisiones que estamos estableciendo, lo que se hace en esas circunstancias es informar algo que en su momento sentimos, pero nunca interpretar. Interpretar sería decirle que, en aquellas circunstancias él hizo algo para que yo lo odiara, o que él sintió que yo lo odiaba; pero decirle que yo lo odié es sólo una información.¹

Años atrás me consultó un colega sobre una mujer que estaba en un evidente impasse porque no había forma de hacerla conciente de que su marido la engañaba. El analista le había interpretado reiteradamente, y sobre la base de hechos objetivos, este engaño notorio y los mecanismos de defensa de la paciente para no hacerse cargo. «Usted no quiere ver que

¹ No estamos aquí discutiendo la validez de la técnica de Winnicott, sino precisando el concepto de interpretación.

su marido la engaña. Usted le da la espalda a la realidad, no quiere ver lo evidente. Nadie puede pensar que un hombre que sale todas las noches y vuelve a la madrugada con los más diversos pretextos, que se arregla en exceso para ir a hacer diligencias, que desde hace meses ha suspendido su vida conyugal con usted», etcétera. Le dije por de pronto a mi joven colega que la paciente tenía razón al no aceptar sus puntos de vista, que él llamaba interpretaciones.

Estas pretendidas interpretaciones no son más que opiniones (y las opiniones son algo que pertenece al que las emite, no al receptor) o, en el mejor de los casos, informaciones (en cuanto pertenecen al mundo exterior, a la realidad objetiva). A lo sumo mi joven colega habría podido decirle a su empecinada paciente: «Deseo informarle que hay una alta incidencia de engaño matrimonial entre los hombres que tienen todas las tardes reunión de directorio o las mujeres que salen solas y bien arregladas los sábados a la noche». Basta ponerlo así para que todos nos demos cuenta de que una intervención de este tipo no tiene sentido, es ridícula. Las «interpretaciones» de mi colega no sonaban ridículas pero eran totalmente ilógicas, carecían de método (y de ética), ya que él no podía saber de verdad si este hombre andaba con otras mujeres, ni tampoco el análisis se ocupa de averiguarlo.

De todos modos, mi colega consultaba porque el caso estaba detenido. Después de las «interpretaciones» su paciente interpeleaba a su marido, él negaba y ella terminaba por creerle, para desesperación de su analista.

Cuando yo inicié esa supervisión, le señalé a mi colega su error metodológico y, por mi parte, no me hice ninguna conjetura sobre si el marido engañaba a su mujer o no. En realidad no puedo saberlo y tampoco me incumbe como analista (o para el caso como supervisor).

El analista empezó a prestar más atención a la forma en que la paciente contaba las salidas del esposo, que pronto le dieron una pauta. Lo esperaba presa de intensísima angustia y gran excitación, asediada por la imagen de verlo en la cama con otra mujer. Al fin de esta larga agonía, terminaba masturbándose. Es decir, todo eso le provocaba un placer escotofílico y masoquista muy intenso. Cuando así se le interpretó hubo un cambio dramático, en primer lugar porque la mujer se hizo cargo de lo que le pasaba *a ella* y luego porque pudo plantear de otra forma las cosas con su marido. Así, lentamente, empezó a ponerse en marcha de nuevo el análisis. Vale la pena señalar aquí, de paso, el conflicto de contrasferencia, en cuanto el paciente colocaba a su analista en la posición del tercero que imagina la escena primaria.

La interpretación no puede sino referirse al paciente, y por varios motivos. Ante todo, porque ni metodológicamente, ni éticamente nosotros podemos saber lo que hace el otro. Nosotros sólo sabemos lo que pasa en el *hic et nunc*, en el aquí y ahora, sólo nos consta lo que nos dice el paciente. Esta posición no cambia en absoluto si el analista pudiera tener acceso a la realidad exterior (objetiva), ya que esa realidad no es pertinente, lo único pertinente es lo que proviene del analizado.

3. Información e interpretación

Hemos tratado de acercarnos al concepto de interpretación a partir de que es una manera especial de informar. En tanto que informa, la interpretación tiene que ser ante todo veraz. Si una información no es veraz, no es objetiva, no es cierta, obviamente deja de serlo por definición. También está dentro de sus notas definitorias que su finalidad no sea otra que la de informar, que la de impartir conocimiento. Por esto insisto yo en que la interpretación debe ser desinteresada. Si tenemos otro interés que el de dar conocimiento, entonces ya no estamos estrictamente interpretando sino sugestionando o apoyando, persuadiendo, manipulando, etcétera. Conviene aclarar aquí dos cosas importantes. Primero, que me estoy refiriendo a la actitud que tiene el emisor, el analista; poco o nada importa para el caso lo que haga el receptor. El analizado puede darle a nuestras palabras otro sentido, pero eso no las cambia. Si el destinatario utiliza mal el conocimiento que yo le di, tendré que volver a interpretar, y seguramente apuntaré ahora al cambio de sentido que operó mi escucha. Segundo, me refiero al objetivo básico de la comunicación, sin pretender un analista químicamente puro, libre de toda contaminación y en posesión de un lenguaje ideal donde no existan el equívoco o la imprecisión. A veces son estas inevitables notas agregadas a la interpretación en sentido estricto lo único que capta el analizado para criticar con mayor o menor razón una interpretación.

En el concepto de interpretación (y en general de información) coinciden el método psicoanalítico, la teoría y la ética, en cuanto nos es dado interpretar pero no dictaminar sobre la conducta ajena. Eso sólo lo puede decidir cada uno, en este caso el paciente. Razón tiene Lacan (1958), que protesta cuando el analista quiere ser el que define la adaptación («La dirección de la cura», pág. 228 y *pássim* de la vers. cast.).

Además de veraz y desinteresada, la interpretación debe ser, también, una información pertinente, esto es, dada en un contexto donde pueda ser operativa, utilizable, aunque finalmente no lo sea. La interpretación tiene que ser oportuna, tiene que tener un mínimo razonable de oportunidad. Estoy introduciendo aquí, pues, otra nota definitoria de la interpretación, la pertinencia (oportunidad), que para mí no es sinónimo de *timing*. El concepto de *timing* es más restringido y más preciso que el de oportunidad, que es más abarcativo. Una interpretación fuera de «*timing*» no deja de serlo; una intervención imperfina no lo es por definición. La oportunidad se refiere, pues, al contacto con el material, a la ubicación del analista frente al paciente.

Hemos definido, pues, la interpretación como una información veraz, desinteresada y pertinente que se refiere al receptor.

4. Interpretación e insight

Por un camino diferente al que nosotros hemos recorrido, Löwenstein llegó en 1951 (es decir, hace más de veinte años) a una definición de la interpretación similar a la recién expuesta. Löwenstein distingue las intervenciones preparatorias del analista encaminadas a liberar las asociaciones del analizado (es decir, a recabar información), de la interpretación propiamente dicha, intervención especial que produce los cambios dinámicos que llamamos insight. La interpretación es una explicación que el analista da al paciente (a partir de lo que este le comunicó) para aportarle un nuevo conocimiento de sí mismo. Löwenstein dice, pues, en resumen, que la interpretación es una información (conocimiento) que se le da al paciente, que se refiere al paciente y que provoca los cambios que conducen al insight.

Esta definición sólo difiere de la dimos en el párrafo anterior en que incluye el efecto de la interpretación. Coincido en este punto con Sandler et al. (1973), cuando dicen que sería mejor definir la interpretación por sus intenciones y no por sus efectos. En este sentido, la definición de Löwenstein sería más aceptable si dijera que la interpretación está destinada (o tiene la intención) de producir insight y no que tiene que producirlo. Porque, de hecho, hasta la interpretación más perfecta puede ser inoperante si el analizado así lo quiere. Es mejor entonces, en conclusión, que la definición se apoye en la información que da el analista y no en la respuesta del paciente.

En conclusión, Sandler, Dare y Holder proponen, como alternativa, que la interpretación está destinada a producir insight. Conuerdo, entonces, con la sugerencia de ellos ya que, para el caso, informar es lo mismo que procurar que el paciente adquiera insight.

La relación con el insight, con ser importante, es compleja y es por esto que preferí no incluirla en la definición. Si asumiéramos el deseo de que el analizado responda con insight perderíamos algo de nuestra actitud de imparcialidad. El insight debe ser algo que surja por obra de nuestra labor sin que nosotros lo busquemos directamente. Salvados estos reparos y con las precisiones de Sandler et al. podemos agregar como una de sus notas definitorias que la interpretación está destinada a producir insight.

Aparte de los aspectos metodológicos que me parecen decisivos, la relación entre la interpretación y el insight es muy compleja. Tal vez pueda incluso sostenerse que no toda interpretación está destinada a producir insight, al menos el insight ostensivo. El insight es un proceso muy específico, culminación de una serie de momentos de elaboración a través de un largo trabajo interpretativo. Es este un tema apasionante que discutiremos más adelante, especialmente en el capítulo 50, y que no hace estrictamente a la presente discusión. Estamos buscando las notas definitorias del concepto de interpretación, sin pronunciarnos todavía sobre sus relaciones con el insight y la elaboración. Este modo de pensar apoya nuevamente la idea de que el insight figure entre las notas definitorias sin por

eso estar entre las finalidades inmediatas del analista cuando interpreta. Como veremos dentro de un momento, el efecto buscado por la interpretación es lo decisivo cuando la definimos operacionalmente.)

5. Interpretación y significado

En un intento por definir la interpretación desde otra perspectiva que complementa la anterior, prestemos ahora atención a su valor semántico. El analista, señala David Liberman (1970-2), da un segundo sentido al material del paciente. El nuevo sentido que otorga la interpretación al material me lleva a compararla con la vivencia delirante primaria (Jaspers, 1913).

Jaspers definió genialmente la vivencia delirante primaria como una nueva conexión de significado: de pronto el individuo, inexplicablemente para Jaspers (pero no para Freud), es decir, en una forma en que la empatía resulta imposible para el observador fenomenológico porque efectivamente en el plano de la conciencia sería incomprensible, aparece una nueva relación, una nueva conexión de significado, una otra significación.

La interpretación es también una nueva conexión de significado. El analista toma diversos elementos de las asociaciones libres del paciente y produce una síntesis que da un significado distinto a su experiencia. Esta nueva conexión es desde luego real, simbólica y no por supuesto delirante.²

En contraste con la vivencia delirante primaria, la interpretación llega a un significado pertinente y realista; además, y esto me parece decisivo, la interpretación tiene dos notas que nunca pueden aparecer con la vivencia delirante primaria, la cual siempre descalifica y no es rectificable.

La interpretación no descalifica; si lo hiciera ya no sería interpretación sino una mera maniobra defensiva del analista (negación, identificación proyectiva, etcétera) más próxima a la vivencia delirante primaria que a la información. La interpretación nunca descalifica; la vivencia delirante primaria sí.

En medio de una grave crisis matrimonial, el analizado afirma que no se divorcia por sus hijos. Apoyado en un material amplio y convincente, el analista le interpreta que proyecta en los hijos su parte infantil que no quiere separarse de la mujer, que representa a la madre de su infancia. ¿Qué quiere decir esta interpretación, qué busca con ella el analista? Intenta dar al analizado una nueva información sobre su relación con su mujer y sus hijos; pero no descalifica sus preocupaciones de padre. Puede ser que el paciente resuelva ese conflicto dejando de proyectar en sus hijos su parte infantil, y que, sin embargo, decida finalmente no divorciarse pensando en cómo quedarían sus vástagos.

Otra diferencia con la vivencia delirante primaria es que la interpreta-

² Esta definición puede encuadrarse perfectamente en las ideas de Bion (1963) sobre la conjunción constante y el hecho seleccionado.

ción es siempre una hipótesis, y en cuanto tal rectificable. La idea delirante no se rectifica; la hipótesis, en cambio, si seguimos a Popper (1953, 1958, 1962, 1972), nunca es confirmada y sigue válida hasta que se la refuta. La interpretación, pues, puede considerarse una proposición científica, una sentencia declarativa, una hipótesis que puede ser justificada o refutada, y esto la separa totalmente de la vivencia delirante primaria.

En resumen, en cuanto nueva conexión de significado, la interpretación informa y da al analizado la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento, de cambiar de punto de vista (Bion, 1963).

6. Definición operacional de la interpretación

Hasta ahora hemos definido la interpretación en dos formas distintas y en cierto modo coincidentes, como un tipo especial de información y como una nueva conexión de significado. Desde el primer punto de vista la interpretación es una proposición científica, un punto que estudió hace ya algunos años Bernardo Alvarez (1974); desde la otra perspectiva la interpretación se caracteriza porque tiene un valor semántico, porque contiene un significado.

Debemos ahora considerar una tercera forma de definir la interpretación, y es la operacional. Como bien dice Gregorio Klimovsky en el capítulo 35, la interpretación no es sólo una hipótesis que se construye el analista sino una hipótesis que está hecha para ser dada, para ser comunicada. Si bien en casos especiales podemos retener la interpretación, la condición de tener que comunicarla al paciente es inevitable porque, en tanto hipótesis, la única forma de testearla es comunicándola. Está, pues, incluida en la definición de interpretación que debe ser comunicada; pero al ser comunicada es también operativa, es decir, promueve algún cambio, que es lo que nos permite testearla. De esta forma se reabre el debate del parágrafo 4 y se comprueba la razón de Sandler cuando incluye entre las cualidades definitorias de la interpretación su intención (más que su efecto, como Löwenstein) de producir insight.

Estas tres notas, pues, la información, la significación y la operatividad, son los tres parámetros en que se define la interpretación.

Como dijimos antes, la definición operacional de la interpretación no implica que ese efecto sea buscado por el analista en forma directa. El analista sabe empíricamente, porque su praxis se lo ha demostrado muchas veces, que si la interpretación es correcta y el analizado la admite va a operar en su mente. Esto no cambia, sin embargo, la actitud con que el analista interpreta. Su actitud sigue siendo desinteresada, en cuanto lo que se propone es dar al analizado elementos de juicio para que pueda cambiar, sin estar pendiente de sus cambios, sin ejercer ninguna otra influencia que la del conocimiento. La información del analista es desinteresada en la forma en que Freud lo planteaba en los «Consejos al médico» con la frase aquella del cirujano que decía: «Je le pansai, Dieu le

guérit». No es otro el sentido con que damos al paciente la interpretación, actitud de libertad para el otro, no de coacción: de desinterés, no de exigencia. No hay en esta actitud para nada desinterés afectivo, porque la información se da con afecto, con el deseo de que el analizado se haga cargo de la información para que después y por su cuenta reajuste, reacomode o replantee su conducta. La modificación de la conducta no está incluida en nuestra intención al informar, y esta es, tal vez, la esencia del trabajo analítico.

7. Interpretación y sugestión

En este sentido, como dije antes, pienso que lo que define el psicoanálisis es que prescinde de la sugestión. El psicoanálisis es la única psicoterapia que no usa placebos. Todas las psicoterapias usan en alguna forma la comunicación como placebo, en cambio nosotros renunciamos a ello. Y esta renuncia define al psicoanálisis, que por eso también es más difícil. Nuestra intención no es modificar la conducta del paciente sino su información. Bion lo ha dicho con su habitual precisión: el psicoanálisis no pretende resolver conflictos sino promover el crecimiento mental.

El paciente puede tomar nuestra información como sugestión, apoyo, orden o lo que fuere. No digo que eso el paciente no lo pueda hacer y ni siquiera digo que esté mal que lo haga. Es la actitud con que nosotros damos la información, no la actitud con que la recibe el analizado, lo que define nuestro quehacer. Es parte de nuestra tarea, además, tener en cuenta la actitud con que el paciente puede recibir nuestra información y en lo posible predecir su respuesta, evitando cuando esté a nuestro alcance ser mal entendidos. Inclusive podemos abstenernos de interpretar si pensamos que no vamos a ser comprendidos, si prevemos que nuestras palabras van a ser distorsionadas y utilizadas para otros fines. En el momento en que estamos proponiendo un aumento de honorarios, una interpretación de las tendencias anal-retentivas difícilmente va a ser recibida como tal. Lo más probable es que el analizado la vea como un intento de justificarnos o cosa parecida y no como una interpretación.

Creo haber aclarado, entonces, que información, esclarecimiento e interpretación forman una categoría especial de instrumentos por la *intención* con que se los utiliza, intención singular que podría resumirse diciendo que es la de que no operen como placebos sino como información.

Si queremos utilizar el esquema clásico de la primera tópica, podemos concluir que información, esclarecimiento e interpretación corresponden a procesos concientes, preconcientes e inconcientes respectivamente.

8. Comentario final

Hemos tratado de definir con el mayor rigor posible los múltiples instrumentos de que dispone el analista porque de allí surge espontáneamente la esencia de la praxis. Hemos llegado a mostrar sobre la base de qué argumentos puede afirmarse que el psicoanálisis nada tiene que ver con la sugestión.

Conviene dejar en claro que al deslindar diversos instrumentos no estamos sugiriendo que en la práctica siempre nos sea posible discriminarlos. En la clínica las cosas no son nunca sencillas y aparecen zonas intermedias e imprecisas en las que un instrumento se cambia por otro insensiblemente. Estos cambios son de lo más comunes; pero no por esto vamos a decir que las diferencias no existen. Cuando un señalamiento se transforma en confrontación, cuando una confrontación empieza a tener ingredientes interpretativos o viceversa, es algo que lo tenemos que decidir siempre en cada caso particular.

Si he insistido en que existen a disposición del analista varios instrumentos y no solamente la interpretación, es para darle a esta su dignidad plena, para evitar que se desvirtúe el concepto de interpretación englobando en ella todo lo que hace el analista o, viceversa, pensando que entre la interpretación y los otros instrumentos no hay mayor diferencia.

Creo que es artificial transformar en interpretación lo que debería ser una pregunta o una orden. En estos casos, a pesar de que nosotros podamos decir que hemos interpretado, en realidad el paciente lo decodifica como lo que es, y yo creo que tiene razón. Transformar en interpretación algo que tendría que ser otra cosa es siempre artificial y, más aún, contrario al espíritu del análisis, porque la interpretación, como hemos dicho, no debe promover una conducta.³

Hay zonas intermedias en las que uno puede inclinarse hacia un lado u otro, por una confrontación o por una interpretación, por ejemplo. Si en el paciente que analizaba con todo entusiasmo su hábito de fumar mientras encendía un cigarrillo, hubiera descubierto una actitud de burla, hubiera hecho una interpretación no una confrontación.

Todo esto apunta, entonces, a destacar cuál es el lugar legítimo que pueden tener el señalamiento, la confrontación y las preguntas en nuestra técnica. Son pasos preparatorios o de menor significado que la interpretación; pero a veces respetan más las reglas del juego en cuanto no introducen elementos que pueden ser equívocos.

Estas diferencias permiten reivindicar la autonomía de estos instrumentos y respetar los principios básicos de nuestro quehacer.

³ Cuando un paciente me pregunta si puede fumar durante la sesión, prefiero decirle que puede hacerlo, en lugar de «interpretarle» que me está pidiendo permiso o está tratando de ver si yo le prohíbo.

26. La interpretación en psicoanálisis

En el capítulo anterior hicimos fundamentalmente dos cosas: emplazamos la interpretación en el lugar que le corresponde entre los variados instrumentos de la psicoterapia y luego tratamos de llegar a ella por los dispares caminos de la comunicación, la semiología y el operacionismo, pensando que en el punto de su convergencia deben por fuerza encontrarse las notas definitorias.

Hablamos entonces ubicados de intento en el campo amplio de la psicoterapia; y ahora nos toca una tarea distinta, complementaria pero distinta, que es el estudio de la interpretación en psicoanálisis.

El psicoanálisis es, por cierto, un método entre otros de la psicoterapia mayor; pero tiene pautas que lo singularizan, como el lugar privilegiado que concede a la interpretación. Con razón dicen Laplanche y Pontalis en el *Diccionario* (1968, pág. 207) que el psicoanálisis se puede caracterizar por la interpretación.

1. La interpretación en los escritos freudianos

En la obra de Freud la interpretación se define básicamente como el camino que recorre la comprensión del analista para ir desde el contenido manifiesto a las ideas latentes. La interpretación es el instrumento que hace conciente lo inconciente. En *La interpretación de los sueños* la interpretación es igual y contraria a la elaboración: la elaboración va desde las ideas latentes al contenido manifiesto; la interpretación desanda ese mismo camino.

Para Freud, la interpretación es, ante todo, el acto de dar sentido al material, como aparece en el título mismo de su obra cumbre, que lo ubica no entre los que estudiaron los sueños «científicamente» sino entre quienes les asignan un sentido. Interpretar un sueño es descubrir su sentido. La definición de Freud, pues, es semántica, como se aprecia al comienzo del capítulo II de la obra: «... “interpretar un sueño” significa indicar su “sentido”». La interpretación se inserta como un eslabón más en el encadenamiento de nuestras acciones anímicas, que así cobran sentido.

El sentido que rescata la interpretación varía paralelamente con los distintos momentos que se van perfilando en la investigación freudiana. Como veremos dentro de un momento, Didier Anzieu (1969) distingue

tres grandes concepciones del proceso de la cura y, consiguientemente, tres tipos de interpretación; pero, a los fines de nuestro interés en este momento, diremos que la interpretación tiene que ver siempre con el conflicto y el deseo. Los recuerdos se recuperan pero no se interpretan. Porque hay instintos que cristalizan en deseos contra los que se erigen defensas, se hace necesaria la interpretación. En cuanto instrumento específico para desentrañar el conflicto, la interpretación queda engarzada, ya lo veremos, en el trípode topográfico-dinámico-económico de la metapsicología.

Lo que Freud piensa de la interpretación puede deducirse con suficiente aproximación releendo unos de sus escritos técnicos, «El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis» (1911e). El sueño, como el síntoma, se explican aprehendiendo sucesivamente los distintos fragmentos de su significado y «hay que darse por satisfecho si al principio se colige, merced al intento interpretativo, aunque fuera una sola noción de deseo patógena» (AE, 12, pág. 89). ¹ Según lo que se vislumbra en esa cita, para el Freud de los escritos técnicos interpretar es explicar el significado de un deseo inconciente, traer a la luz una determinada pulsión.

Laplanche y Pontalis señalan que la palabra interpretación no es superponible a *Deutung*, cuyo sentido se aproxima más a explicación y esclarecimiento. La palabra latina «interpretación», en cambio, sugiere por momentos lo subjetivo y lo arbitrario.

Freud mismo, sin embargo, utiliza la palabra con estas dos connotaciones cuando compara la interpretación psicoanalítica con la del paranoico en la *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901b), tal como ya lo hemos visto al definir la interpretación como una nueva conexión de significado.

Los autores del *Diccionario* citan, por su parte, el empleo que hace Freud en el capítulo VII de *Sobre el sueño* (1901b), donde la palabra adquiere esa connotación arbitraria. Al introducir el concepto de elaboración secundaria, Freud dice allí que es un proceso tendiente a ordenar los elementos del sueño proveyéndolos de una fachada que viene a recubrir en algunos puntos al contenido onírico, a modo de una interpretación provisional. Cuando emprendemos el análisis de un sueño, lo primero que tenemos que hacer es sacarnos de encima ese intento de interpretación, dice Freud.

Como todos sabemos, Freud atribuye la elaboración secundaria al intento de que el sueño resulte comprensible (miramiento por la comprensibilidad) y la explica por una actividad del soñante que aprehende el material que se le presenta a partir de ciertas representaciones de espera (*Erwartungsvorstellungen*), que lo ordenan bajo la premisa de que es comprensible, con lo que sólo logra muchas veces falsearlo.² En estos ca-

¹ «... one must be content if the attempt at interpretation brings a single pathogenic wishful impulse to light» (AE, 12, pág. 93).

² El concepto de representaciones de espera es interesante porque inspira a veces la téc-

sos, pues, la palabra interpretación aparece cargada de sus notas menos confiables.

2. Comprender, explicar e interpretar según Jaspers

En la segunda parte de su *Psicopatología general* (1913), que trata de la psicología comprensiva, Jaspers distingue dos órdenes de relaciones comprensibles, comprender y explicar. La *comprensión* es siempre genética, nos permite ver cómo surge lo psíquico de lo psíquico, cómo el atacado se enoja y el engañado desconfía. La *explicación*, en cambio, anuda objetivamente los hechos típicos en regularidades y es siempre causal. Entre comprensión y explicación hay, para Jaspers, un abismo insuperable.

En las ciencias de la naturaleza las relaciones son causales y sólo causales, y se expresan en reglas y leyes. En la psicopatología podemos explicar así algunos fenómenos, como la herencia recesiva de la oligofrenia fenil-pirúvica o de la idiocia amaurótica de Tay-Sachs, establecer una relación legal cierta entre la parálisis general y la leptomeningitis sifilítica o remitir el mongolismo a la trisomía del cromosoma 21.

En psicología podemos conocer no sólo relaciones causales (que son las únicas cognoscibles en las ciencias naturales) sino también un tipo distinto de relaciones cuando vemos cómo surge lo psíquico de lo psíquico de una manera para nosotros comprensible. La concatenación de los hechos psíquicos la comprendemos genéticamente.

La evidencia de la comprensión genética es, para Jaspers, algo último, algo que no podemos perseguir más allá; y en esa vivencia de evidencia última reposa toda la psicología comprensiva. «El reconocimiento de esta evidencia es la condición previa de la psicología comprensiva, así como el reconocimiento de la realidad de la percepción y la causalidad es la condición previa de las ciencias naturales» (Jaspers, 1913, pág. 353 de la edición española de 1955).

Jaspers atenúa sus afirmaciones, me parece, cuando aclara acto seguido que una relación comprensible no prueba sin más que sea real en un determinado caso particular o que se produzca en general. Cuando Nietzsche afirma que de la conciencia de debilidad del ser humano surgen la exigencia moral y el sentimiento religioso porque el alma quiere satisfacer de esa manera su voluntad de poder, experimentamos de inmediato esa vivencia de evidencia de la que no podemos ir más allá; pero cuando Nietzsche aplica esa comprensión al proceso singular del origen del cristianismo puede estar equivocado si el material objetivo con el que es comprendida la relación no ha sido bien tomado. De esta forma, toda la

nica de Freud, cuando le da al analizado ciertos informes sobre la teoría psicoanalítica para que operen en esa forma. Donde más puede observarse este *modus operandi* es en la historia clínica del «Hombre de las Ratas».

psicología comprensiva de Jaspers reposa en la vivencia, pero es distinto cuando se aplica al hecho particular.

Jaspers afirma ahora, sobre estas bases, que «todo comprender de procesos *reales* particulares es por tanto más o menos un *interpretar*, que sólo en casos raros de relativamente alto grado de perfección puede llegar al material objetivo convincente» (*ibid.*, págs. 353-4).

Podemos hallar comprensible (vivencialmente) una relación psíquica libre de toda realidad concreta, pero para el caso particular sólo podemos afirmar la realidad de esa relación comprensible siempre que existan los datos objetivos. Cuanto menores sean los datos objetivos y más laxamente susciten la comprensión, más interpretamos y menos comprendemos.

De esta forma, y en realidad con definiciones, Jaspers se inclina a descalificar como arbitraria a la interpretación en general. La dificultad mayor de la psicología comprensiva jasperiana es cómo unir esa evidencia de la comprensión genética con lo que llama material objetivo. Esta dificultad epistemológica no se le plantea, por suerte, al psicoanálisis.

3. La clasificación de Bernfeld

Siegfried Bernfeld, uno de los grandes pensadores del psicoanálisis, escribió en 1932 un extenso ensayo sobre la interpretación.³ Es uno de los pocos intentos de precisar el concepto de interpretación con un criterio metodológico dentro de la bibliografía psicoanalítica.

Bernfeld parte de las definiciones de Freud recién mencionadas, en cuanto interpretar es develar el sentido de algo, incorporándolo al contexto global de la persona que lo produjo, y propone tres clases de interpretación: finalista, funcional y genética (reconstrucción).

La interpretación *finalista* descubre el propósito o la intención de una determinada acción, la sitúa como eslabón de la cadena de acontecimientos que constituyen el contexto intencional de una persona. Este contexto intencional es, desde luego, inconsciente y a él apunta la interpretación final. «La interpretación final remite al contexto intencional al que pertenece un elemento en cuestión que primariamente aparece aislado o incorporado a otro contexto» (1932, pág. 307).

El inconveniente de las interpretaciones finales, dice Bernfeld, es que son más fáciles de aceptar que de probar, de modo que muchas veces se presupone que la intención tiene que estar y finalmente se la encuentra. Es lo que pasa, sigue Bernfeld, con la psicología individual de Adler. Con un tono polémico sin duda más justificado entonces que ahora, Bernfeld sostiene que se trata de que la psicología establezca un determinado nexo sino que descubra el existente y oculto (*ibid.*, pág. 309).

³ «Der Begriff des "Intuitiven" in der Psychoanalyse». Cito la traducción que aparece en *El psicoanálisis y la ética en un autoritarismo*.

Dentro del sistema adleriano, la interpretación no puede hacer otra cosa que descubrir las intenciones que surgen teleológicamente de la meta final ficticia (Adler, 1912, 1918). En Freud el soporte teórico es completamente distinto, porque las intenciones inconcientes que capta la interpretación final tienen su punto de partida en la pulsión, con su corolario de deseo inconciente o fantasía. Bernfeld, que por cierto conoce bien esta diferencia, podría destacar con rigor el contraste entre el psicoanálisis y la psicología individual, sin cuestionarle al primero el derecho de interpretar los fines.

La interpretación *funcional* apunta a descubrir qué papel cumple una determinada acción, para qué le sirve al sujeto. Cuando decimos que una mujer no sale a la calle para no dejarse llevar por sus deseos inconcientes de prostitución, podemos decir que la claustrofobia cumple en ese caso la *función* de evitar esa tentación y sus peligros.

Como señala Bernfeld, no siempre es fácil distinguir entre interpretación finalista y funcional, ya que muchas veces la función del acto en estudio es justamente cumplir un objetivo; pero otras veces la diferencia salta a la vista. Cuando trasformo el sonido del despertador en el trino de un pájaro para seguir durmiendo, puede interpretarse que el sueño cumple la *función* de preservar mi reposo y su *finalidad* es satisfacer mi deseo de seguir durmiendo.

Bernfeld advierte que la interpretación funcional tiene dos significados diferentes.⁴ En general se la emplea para establecer una relación entre dos hechos, como cuando decimos que tenemos ojos para ver, con una clara connotación teológica. Otras veces la interpretación funcional se usa para denotar una relación entre el todo y las partes, como cuando decimos que *x* es una función de *y*. En este último caso la interpretación funcional permite caracterizar un hecho en el contexto al que pertenece.

Bernfeld considera, con razón, que en cuanto la relación funcional requiere que se demarque el universo al que se aplica se vuelve imprecisa y aleatoria en psicoanálisis donde, justamente, hay siempre *muchos* contextos, donde siempre opera el principio de la función múltiple de Waelder (1936). «Para las formulaciones funcionales del psicoanálisis, la "persona" como esencia de todos los momentos personales, es excesivamente ambigua para constituir la "totalidad" a la que dichas formulaciones se refieren» (*ibid.*, pág. 320).

La interpretación *genética* (reconstrucción) es, para Bernfeld, el método fundamental del psicoanálisis. El psicoanálisis se propone siempre la reconstrucción de los procesos psíquicos que sucedieron concretamente. Esta reconstrucción es posible, afirma Bernfeld, porque el proceso psíquico a reconstruir deja huellas y porque existe una relación regular entre los hechos psíquicos y sus huellas.

⁴ Volveremos sobre el tema de las explicaciones funcionales en psicoanálisis sobre todo al hablar de acting out. Véase también el capítulo 8, donde se discute la función de la transferencia.

Es que el psicoanálisis es, para Bernfeld, la ciencia de las huellas y, por tanto, «*puede caracterizarse el método fundamental de la investigación psicoanalítica como la reconstrucción de acontecimientos personales pasados a partir de las huellas que dejan tras sí*» (*ibid.*, pág. 326). Y adelantándose un lustro a Freud concluye que es preferible llamar *reconstrucción* que interpretación al método fundamental del psicoanálisis, «subrayando que la reconstrucción utiliza muy a menudo la interpretación final y funcional» (*ibid.*, pág. 326). La reconstrucción psicoanalítica puede denominarse también, de todos modos, interpretación reconstructiva o genética.⁵

Bernfeld señala también, con acierto, que lo reconstruido no es propiamente el proceso tal como fue, sino únicamente un *modelo* del proceso (*ibid.*, pág. 327).

El ensayo de 1932 termina con una síntesis muy clara: la interpretación finalista apunta a las intenciones del sujeto, la interpretación funcional se refiere al valor de un fenómeno en el nexo de una totalidad, mientras que la reconstrucción establece el nexo genético de un fenómeno que ha quedado separado (*ibid.*, pág. 329).

4. Aportes de los Anzieu

Didier y Annie Anzieu se han ocupado de la interpretación en una serie de importantes trabajos,⁶ que aportan elementos valiosos para delimitar la interpretación psicoanalítica.

Didier Anzieu (1969) considera que es difícil estudiar la interpretación porque lo muestra al analista en su totalidad, racional y también irracional. No cree por cierto Anzieu que la interpretación surja limpiamente del área libre de conflictos del analista y se dirija al área libre de conflictos del analizado, como a veces parecen sugerir los tres artículos del *Psycho-Analytic Quarterly* de 1951 de Hartmann, Löwenstein y Kris, y tampoco suscribe la conocida frase de Lagache cuando dice que con la asociación libre le pedimos al paciente que desvaríe, pero con la interpretación lo invitamos a razonar juntos. Anzieu cree, al contrario, que la interpretación expresa el proceso secundario del analista infiltrado de proceso primario, puesto que «la interpretación no podría alcanzar el inconsciente si le fuera radicalmente extraña» (*Revista de Psicoanálisis*, 1972, pág. 255).

Siguiendo al Freud de los sueños, los actos fallidos y el chiste, Lacan

⁵ Veremos más adelante que, a partir de su teoría de las huellas, Bernfeld va a dar una visión original de la metodología del psicoanálisis, que Weinshel y otros autores utilizan para caracterizar el proceso analítico.

⁶ Didier Anzieu, «*Dificultades de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación*» (1969), «*Elementos de una teoría de la interpretación*» (1970), Annie Anzieu, «*La interpretación: su estructura y su continuación por el paciente*» (1969), Didier y Annie Anzieu, «*La interpretación en primera persona*» (1977).

ve al psicoanalista como el traductor de un texto, de modo que la interpretación psicoanalítica es al fin y al cabo una hermenéutica. En desacuerdo con esa concepción, Anzieu piensa que el psicoanalista es un intérprete vivo y humano que traduce el «idioma» del inconciente para otro ser humano; y, como el intérprete que vuelca una idioma a otro, el analista no opera nunca como máquina o robot, justamente porque toda traducción es sólo una equivalencia, una aproximación.

Más allá de la hermenéutica y de la lingüística, la interpretación tiene para Anzieu un significado que coincide con la interpretación del artista. El analista interpreta en el mismo sentido en que el músico interpreta su partitura o el actor su papel, esto es, comprendiendo y expresando las intenciones del autor. El intérprete en estos casos respeta y conserva el texto pero lo reproduce a su manera. Como el músico y el actor, el analista interpreta con su personalidad. «La interpretación psicoanalítica —dice Anzieu— testimonia el eco encontrado en el analista, no tanto por las palabras como por las fantasías del paciente» (*ibid.*, pág. 272). La interpretación surge, pues, de lo que siente el analista, de lo que en él resuena del paciente.

En el denso ensayo titulado «Elementos de una teoría de la interpretación» (1970), Didier Anzieu va recubriendo de significado la interpretación a medida que se desarrollan las teorías de Freud, con frecuentes referencias al trabajo de Widlöcher *Freud y el problema del cambio* (1970), que distingue tres concepciones sucesivas del aparato psíquico y, consiguientemente, del cambio en el tratamiento.

La primera concepción comprende las ideas de Breuer y Freud en los *Estudios sobre la histeria* (1895d) y alcanza el período siguiente, en que Freud sienta las bases del psicoanálisis. La ecuación fundamental, dice Widlöcher, es que el síntoma es el equivalente del recuerdo displacentero y olvidado; y el síntoma se resuelve cuando la cura (catártica) recupera el recuerdo.

En dos sentidos se hace aquí necesaria la interpretación. Desde el punto de vista tópico, para resolver la doble inscripción entre los (dos) sistemas de funcionamiento propuestos por Breuer, de energía libre y ligada. Desde el punto de vista dinámico que introduce Freud, para denunciar el conflicto y levantar la represión.

Siempre dentro de esta concepción, la interpretación se dirige al proceso primario, que tiende a la identidad de percepción desplazando la energía del polo motor al imaginario, con lo que falla la descarga y la situación se repite (*ibid.*, pág. 109). En estas circunstancias, la interpretación debe promover un proceso en que esa tendencia repetitiva y automática que está subordinada al principio del placer, pueda modificarse. El proceso secundario cumple esa función, en cuanto tiende a la identidad de pensamiento contrastando la imagen placentera con la realidad, confrontando la percepción y el recuerdo.

Un punto de singular importancia en el pensamiento de Anzieu tiene que ver con una división dentro del proceso secundario que caracteriza al sistema percepción-conciencia: «Freud introduce en el interior del proce-

so secundario una subdivisión que complementa la distinción breueriana entre sistema libre y sistema ligado. Esta subdivisión deriva de una diferenciación relativamente tardía del proceso secundario. Trátase de la atención. Caracteriza lo que Freud denomina, a partir de 1915, el sistema percepción-conciencia» (*ibid.*, pág. 111). Es entonces la conciencia, el órgano que permite percibir las cualidades psíquicas, el agente de cambio: «Es a la conciencia del paciente a donde se dirige la interpretación del psicoanalista, haciendo que aquel "atienda" al funcionamiento de su propia realidad psíquica» (*ibid.*, pág. 113).

La primera concepción de Freud que acabo someramente de reseñar (la descripción de Anzieu es, por cierto, más rica y más compleja) es básicamente intelectualista, dice Anzieu; y reconoce que Freud la refirma al final de su vida en el *Esquema del psicoanálisis* (1940a), donde reitera que la actividad interpretativa del analista es un trabajo intelectual.

En la segunda concepción freudiana de la cura y del aparato psíquico, «la interpretación es concebida como productora del desplazamiento de la catexia libidinal» (*ibid.*, pág. 128). El síntoma ya no es únicamente el símbolo de un recuerdo perdido; el síntoma sirve a los intereses del sujeto y su resolución exige un desplazamiento de las catexias que han de cambiar su objeto y sus modos de satisfacción.

Ahora ya la interpretación no es más el acto intelectual que comunica a la conciencia. «La interpretación sólo aporta al paciente una representación de palabra, siendo la representación patógena, reprimida e inconciente, una representación de cosa» (*ibid.*, pág. 129). El paciente debe hacer que ambas coincidan a través de un duro trabajo de elaboración. La *Deutung* cede así su lugar a la *Durcharbeiten*. Es que ahora al psicoanálisis no sólo le concierne el representante-representativo sino también el *quantum* de afecto en la transferencia. «Aquí operan, además de la interpretación, la actitud del psicoanalista en la situación analítica, su silencio, sus interdicciones, sus intervenciones respecto de las normas, horarios, honorarios, como igualmente importantes e incluso con frecuencia decisivas» (*ibid.*, pág. 130). Aquí, sin duda, encuentra su principal apoyatura teórica la interpretación en primera persona (Anzieu y Anzieu, 1977).

La tercera concepción freudiana integra dos ideas principales, el automatismo de repetición y los sistemas de identificación que intervienen en la estructura del aparato psíquico. En este tercer estadio de las teorías freudianas, la interpretación va a operar según entendamos sus postulados principales. Si seguimos a Bibring y pensamos que dentro de la compulsión de repetición hay una tendencia restitutiva, entonces la interpretación tiene que dar cuenta de esos dos aspectos del automatismo de repetición y llevar a cabo la restitución. Si entendemos la repetición pulsional como un intento de volver a un estado anterior, de recuperar el objeto perdido, entonces nuestra interpretación tendrá que dirigirse a ese plano anterior de las primeras relaciones de objeto, sea la separación del niño y la madre, y más tarde la separación del sujeto y su imagen especular. «En ambos casos, la repetición pulsional tiende al retorno al estado

anterior, a la reposición del objeto perdido: fusión del lactante con el pecho materno, unificación narcisita del sujeto con su Yo imaginario» (*ibid.*, pág. 143).

Los tres momentos de la doctrina freudiana que propone Anzieu siguiendo a Widlöcher esclarecen muchos puntos oscuros en el estudio de la interpretación, mostrando no sólo que interpretamos desde una determinada teoría sino que el concepto mismo de interpretación depende de ese marco en que se la ubica.

A la rigurosa investigación de los Anzieu le falta, a mi juicio, una articulación entre insight e interpretación, con lo que tal vez podrían integrar *Deutung* y *Durcharbeiten* sin necesidad de anteponerlos.

5. Algunas ideas de Racker

La interpretación fue un tema central en la investigación rackeriana, que se ocupó de su fondo y de su forma, de las resistencias para interpretar, del uso de la interpretación como un medio de eludir la angustia por vía del acting out, de la relación del analizado con la interpretación y de muchos aspectos más. En este párrafo vamos a estudiar algunas ideas sobre cuánto, cuándo y qué interpretar, que Racker planteó en su relato oficial al II Congreso Latinoamericano, que tuvo lugar en San Pablo, Brasil, en 1958, cuando estaba en el cenit de su carrera científica.

El tema de la ponencia, «Sobre técnica clásica y técnicas actuales del psicoanálisis» (1958b) lleva a su relator a formular algunas precisiones sobre la interpretación, que sirven para ubicarla en el contexto general de la teoría y la técnica del psicoanálisis. El trabajo figura en el libro como *Estudio II* y a nosotros nos interesa el capítulo sobre la interpretación, que discute los tres adverbios de modo ya mencionados. Donde con más porfía divergen las escuelas es, aunque parezca paradójico, en el problema de la cantidad, porque es allí donde se dirimen la actividad del analista y el valor técnico del silencio.

Cuánto interpretar se refiere a un problema que hace especialmente a la contraposición sobre la técnica clásica y las actuales, porque hay un lugar común que nadie se anima a tocar y que Racker discute, sin embargo, y es que el analista clásico es muy silencioso y su interpretación llega siempre para culminar un largo proceso de silencio. Si fuera así, apunta Racker, habría que concluir que Freud no está entre los analistas clásicos. Freud era muy activo. Con el «Hombre de las Ratas», por ejemplo, dialoga, informa, explica. Freud realmente participa mucho. Esto es evidente. En todos sus historiales Freud se muestra como un analista que dialoga, y seguramente debe de haber trabajado siempre así. En *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* (1926e), por ejemplo, dice que el analista no hace más que entablar un diálogo con el paciente y en los historiales muestra en qué forma concebía ese diálogo. «Muestran, ante todo, con

cuánta libertad Freud desplegaba toda su personalidad genial en su labor con el analizado y cuán activamente participaba en cada acontecimiento de la sesión, dando plena expresión a su interés. Hace preguntas, ilustra sus afirmaciones citando a Shakespeare, hace comparaciones y hasta realiza un experimento (con "Dora")» (*Estudios*, pág. 44). Nada escribió Freud, después de sus historiales, para suponer que modificó ulteriormente esa actitud. Alguien podrá sostener que cambió después, en la segunda década del siglo, al darse cuenta de los problemas del setting y de la importancia de la transferencia; pero Racker no encuentra una sola palabra de Freud que apoye esta presunción.

Lo concreto es que los analistas que se llaman freudianos hablan poco; y puede decirse, también, que una ruptura de Melanie Klein con el psicoanálisis clásico fue no sujetarse a esa norma de silencio. Al tomar como punto de partida la ansiedad del analizado en la sesión (punto de urgencia), Klein se ve llevada naturalmente a hablar más.

Es evidente que los que siguen a Anna Freud y Hartmann, y que después de la diáspora del grupo de Viena van a desarrollarse como *Grupo A* en la *Hampstead Clinic* de Londres y como la escuela de la psicología del yo en Estados Unidos, son analistas muy silenciosos. Sobre todo al comienzo del tratamiento, la norma general es no interpretar absolutamente nada; pueden hacer observaciones o comentarios pero no estrictamente interpretaciones.⁷

Lo mismo hacen los analistas del campo freudiano que inspira Lacan. No interpretan durante meses y, sin intervenir, dejan hablar al paciente para que desarrolle su discurso y denunciar lo que ellos llaman la palabra vacía hasta que el paciente pueda hablar significativamente. Tampoco en este último caso, que se ha esperado tanto, lo decisivo de la técnica lacaniana va a ser una interpretación que responda a las palabras significativas del analizado sino, más bien, una puntuación en el discurso interrumpiendo la hora para marcar la importancia de lo dicho, cuando no un ¡hum! aprobatorio. Así como en poética la escansión mide el verso, así también la técnica lacaniana consiste en escandir el discurso del analizado para detectar el significante, evitando el peligro del espejismo de la interpretación, cuidando de no responder con ella a la demanda imposible del que habla.

En «La direction de la cure et les principes de son pouvoir» (1958), así como también en otros trabajos, Lacan compara al analista con el muerto del bridge. El paciente es el que remata y juega; el analista es su compañero que pone sus cartas en la mesa. El paciente tiene que movilizar sus cartas y las de su analista, silencioso y pasivo por definición.

Esta actitud técnica se respalda en los postulados básicos de Lacan sobre el simbolismo y la comunicación, no menos que en su teoría de la demanda y el deseo. Un buen analista tiene que estar siempre como el muerto, porque el deseo nunca se puede satisfacer; se satisfacen las nece-

⁷ Hay razones para pensar que a veces la clave de esta técnica no es el silencio sino el no interpretar, a la espera de que se establezca la neurosis regresiva de transferencia.

sidades, que son biológicas, pero no el deseo, en tanto acto psicológico. El deseo tiene que ver con el desplazamiento de la cadena de significantes y es ese corrimiento metonímico lo que le da significado, instaurando la falta de ser en la relación de objeto. A cada demanda que yo le haga, mi analista va a responder siempre «tirándose a muerto» (este giro lunfardo me parece aquí particularmente justo) porque, en última instancia, todas mis demandas no son más que el discurso que yo tengo que recorrer paso a paso hasta comprender que no tengo nada que esperar, que mi deseo no va a ser ni puede ser satisfecho.⁸

Cada teoría, pues, es consecuente con su praxis, donde no porque sí aparecen diferencias. Los adeptos a la psicología del yo piensan que el analista debe ser silencioso y debe interpretar prudentemente, sin atosigar al paciente con interpretaciones, ni gastar pólvora en chimangos, como advierte el sabio dicho criollo: hay que dar en el blanco y ser preciso. Los lacanianos no pueden interpretar mucho porque darían la impresión de que se puede responder a la demanda, lo que es un espejismo. En cambio, los kleinianos, y en general todos los autores que aceptan la relación temprana de objeto, en cuanto atienden primordialmente el desarrollo de la angustia durante la sesión, intervienen más, dándole al proceso analítico más bien un carácter de diálogo.

Para salvar la distancia innegable que hay entre la forma de analizar de Freud y la de quienes más se creen sus discípulos directos, a veces se afirma que los escritos técnicos se dirigen al principiante, a quien Freud le da algunos consejos que él mismo no necesita cumplir. Esto es, desde luego, discutible; pero en cambio no hay duda de que a partir de los escritos técnicos de Freud de la segunda década las divergencias en la praxis son cada vez mayores.⁹

Una de estas líneas es la que encarna Theodor Reik en «La significación psicológica del silencio», donde no sólo postula que el analista debe ser silencioso sino que la dinámica de la situación analítica se basa fundamentalmente en el silencio del analista, más en lo que el analista *no dice* que en lo que pueda decir. En su recién citado artículo como en otros de su libro *The inner experience of a psychoanalyst* (1949), entre los que se destaca «In the beginning is silence» (pág. 121), Reik sostiene que el proceso analítico se pone realmente en marcha cuando el paciente se da cuenta no sólo de que el analista no habla sino que ha enmudecido, que el analista no habla de propósito, que tiene la voluntad de no hablar. Es en ese momento que el paciente siente más necesidad de hacerlo él mismo para cambiar ese mutismo de su analista. Esto Racker lo discute y critica, porque si en eso estriba la instauración de la situación analítica lo que se

⁸ Sería interesante escandir aquí las similitudes y las diferencias entre Lacan y Bion, pero nos alejaría de nuestro tema.

⁹ La contradicción que Racker descubre entre Freud y los analistas «clásicos» es para mí algo más que anecdótica. Se la encuentra, también, en otras áreas, y pasarla por alto lleva a veces a endurecer las controversias. En el punto que ahora estamos discutiendo, por ejemplo, creo lógico que Melanie Klein se empecine en que es ella la que sigue a Freud y no los que propician el silencio.

ha logrado es crear una situación fuertemente persecutoria y esencialmente coercitiva, que ha sido provocada y opera como artefacto, no como algo espontáneo.

Tal como queda explícitamente definida en los artículos mencionados, la dinámica de la situación analítica consiste para Reik en que el analizado vivencia el silencio de su analista como una amenaza que lo fuerza a nuevas confesiones. «Se obtiene así —dice Racker— la impresión de que la actitud silenciosa del analista es determinada, en buena parte, por la idea de que la confesión en sí es un factor muy importante o aun decisivo en el proceso de curación, lo que representa una idea muy cristiana, pero no del todo psicoanalítica» (*Estudios*, pág. 45). Lo que cura en psicoanálisis, dice acto seguido, es hacer conciente lo inconciente, para lo que se necesita la interpretación.

Con lucidez y coraje, Racker enfrenta después en su relato el significado que pueden tener el interpretar o el callar del analista, señalando que tanto lo uno como lo otro puede ser una actuación; en realidad las dos cosas pueden ser buenas o malas. Contra la opinión clásica —aunque hemos visto que este epíteto es discutible— piensa que el callar del analista está más intrínsecamente ligado a la actuación. En tanto la tarea del analista es interpretar, no se podría decir que cuando la cumple está actuando (en el sentido del acting out). De esta forma, Racker tiende a valorar la interpretación como la única acción válida del analista, frente a todas las otras que, en principio, serían actuación. En este punto el razonamiento de Racker se me hace discutible y los términos generales no bastan nunca para resolver el caso concreto. Racker dice que la tarea esencial del analista es interpretar, y tiene razón; pero también *escuchar* es parte esencial de nuestra tarea. Entonces, en este sentido, sólo el caso concreto permite decidir cuándo callar o interpretar son lo que corresponde y cuándo son una actuación.

Si contrastamos interpretar con callar, como hace Racker, entonces implícitamente nos pronunciamos a favor de interpretar; pero si la alternativa es entre hablar y escuchar ya es distinto, porque siempre que uno interpreta habla, pero no siempre que uno habla interpreta. A veces uno interpreta para no escuchar, con el objeto de que el paciente no siga hablando de algo que nos crea ansiedad, que no podemos aguantar, o también con la idea de calmarlo. En estos casos, en realidad la así llamada interpretación no es más que una forma neurótica que emplea el analista para negar que no puede hacerse cargo de la ansiedad del paciente o de sí mismo, que no tiene instrumentos para tolerarla y para interpretarla. Del mismo modo, cuando el analista interpreta para que el paciente no piense que no lo entiende, como señala Bion (1961, 1970); aunque revista lo que dice con el ropaje de la interpretación, en el fondo es un acting out. Lo que debería hacerse aquí sería ver primero por qué yo pienso que el analizado está pensando que yo no lo comprendo y luego examinar mi contratrasferencia para ver por qué deseo yo que él no piense en esa forma.

En resumen, la alternativa de interpretar y callar se dispone en cuatro áreas distintas: hablar, interpretar, callar y escuchar. Ni la palabra ni el

silencio son por sí mismos una actuación ni son tampoco un acto instrumental. En general, podemos decir que, cuando la palabra o el silencio son instrumentales, los dos son igualmente válidos; y, viceversa, en la medida en que la palabra o el silencio están destinados a perturbar el desarrollo de la sesión, son actuaciones. Como siempre en la técnica psicoanalítica, aquí también hay matices. Si el paciente tiene una ansiedad que lo está desbordando, puede ser legítimo hablar para procurarle un alivio momentáneo, mientras se busca la interpretación que podrá resolverla.

Puede afirmarse en suma que el problema de *cuánto* interpretar es de singular trascendencia porque nos enfrenta con dos técnicas distintas y a veces opuestas. La cantidad de interpretaciones tiene que ver más con las teorías del analista que con su estilo personal o el material del paciente.

Los otros dos interrogantes que se formula Racker con referencia a la oportunidad y al contenido de lo que se interpreta son también importantes.

Con respecto a *cuándo* interpretar, los problemas que se plantean siguen desde luego vinculados a las teorías y al estilo personal del analista; pero aquí la influencia del analizado es mayor, con su reclamo latente o manifiesto gravitando sobre la contratrasferencia del analista.

Más allá del material y de la naturaleza especial del vínculo analítico en un momento dado, las teorías del analista gravitan permanentemente en su decisión de interpretar. Si seguimos a Klein atendiendo preferentemente la forma en que se presenta la ansiedad durante la sesión, pensamos que es lógico interpretar cada vez que la angustia se eleva críticamente. En este sentido, la técnica de Klein está ligada por entero al *punto de urgencia* que marca el *timing* de la interpretación; y, más aún, el punto de urgencia no sólo nos autoriza sino que también nos obliga a interpretar sin dilación. Si la angustia sube excesivamente y no la resolvemos a tiempo, perturbaremos la situación analítica. Estas afirmaciones de Klein salen de su práctica con el niño, que deja de jugar cada vez que surge la ansiedad y no la interpretamos. En el adulto, consonantemente, aparece un obstáculo en la comunicación que perturba la asociación libre y el analizado se calla o empieza a asociar en forma trivial. Si se va de la sesión en esas condiciones queda predispuesto al acting out.

Cuando habla de timing en el Congreso de París, Lowenstein (1958) señala la importancia de que la interpretación sea dicha en el momento justo, cuando el paciente está maduro para recibirla; pero reconoce que es difícil definir en qué consiste ese momento y se deja llevar por el *tacto*, sin tener para nada en cuenta las precisiones de Melanie Klein sobre el punto de urgencia y olvidando que el «tacto» hunde siempre sus raíces en la contratrasferencia.

En cambio, si pensamos que sólo cuando aparece una resistencia que interrumpe el flujo asociativo ha llegado el momento de interpretar, entonces decidiremos que es mejor que el paciente siga hablando y quedarnos callados.¹⁰ En este sentido se ve que la teoría influye sobre el momento de la interpretación. Lo mismo si pensamos que antes de interpretar

¹⁰ Aquí Racker recuerda que así procedió Freud con Dora, pero tuvo que arrepentirse.

tenemos que esperar (y hasta fomentar con nuestro silencio) la neurosis de transferencia a partir de un proceso de regresión en el setting.

Por fin, y ya para terminar este tema, nos queda por considerar el contenido de las interpretaciones, *qué* interpretar.

El contenido de las interpretaciones varía en cada momento y en cada caso. Hay muchas variables, que dependen del material y de las vicisitudes del diálogo analítico, así como también de lo que nosotros teóricamente pensamos del inconciente, y obviamente, como dijo Anna Freud en el Congreso de Copenhague de 1967, ciertas interpretaciones que no se daban antes, se dan ahora porque conocemos más.

6. Los parámetros técnicos

Dijimos que los instrumentos que usa el psicoterapeuta para realizar su labor son de cuatro órdenes y hasta ahora hemos estudiado sólo tres, los que influyen sobre el paciente, los que recaban información y los que la proporcionan, dentro de los cuales se destaca la interpretación. Nos toca ahora referirnos al que nos faltaba, el *parámetro técnico*.

Este concepto fue introducido por K. R. Eissler en su ensayo «The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique» publicado en 1953. Eissler volvió al tema en el Congreso de París de 1957 en el panel titulado *Variaciones en la técnica psicoanalítica clásica*, donde actuó como moderador Ralph R. Greenson.

Eissler dice que la técnica analítica depende de tres factores: la personalidad del paciente, la vida real y la personalidad del analista. Su trabajo se ocupa exclusivamente del primero.

Así como un analizado ideal puede manejarse exclusivamente con la interpretación, otros necesitan que el analista haga algo más que interpretar. Tomemos como ejemplo el fóbico en que, aparte de la interpretación, puede hacerse necesario el consejo cuando no la orden de que se exponga a la situación temida. Este procedimiento, ese «algo más» que el paciente requiere es lo que Eissler llama *parámetro técnico*.

El parámetro se define, pues, como una desviación cuantitativa o cualitativa del modelo básico de la técnica que reposa exclusivamente en la interpretación. Y este parámetro se sustenta para Eissler —recalquémoslo— en una deficiente estructura del yo del analizado.

Eissler no sólo ha definido el parámetro, dando un sitio en la técnica a lo que a veces se hace y no se reconoce, sino que también ha fijado claramente las condiciones en que resulta legítimo introducirlo: 1) debe usarse cuando el modelo técnico básico se ha demostrado insuficiente; 2) debe transgredir la técnica regular el mínimo indispensable, y 3) sólo debe utilizarse cuando esté destinado a eliminarse a sí mismo.

A estas tres condiciones Eissler agrega una cuarta y es que el efecto del parámetro sobre la relación transferencial debe ser de tal índole que pueda abolirse alternativamente con una interpretación adecuada. No podría

nunca el parámetro, por ejemplo, comprometer la reserva analítica hasta un punto que hiciera después imposible restablecerla para continuar el análisis según arte.

Sobre las cuatro condiciones del parámetro no hay mucho que decir, hablan por sí mismas. Es obvio que una medida de este tipo sólo se justifica cuando el analista entiende agotados sus recursos regulares y la introduce con la mayor circunspección y parsimonia. Más allá de esos estrechos límites se agitan las aguas procélicas del acting out. Es también comprensible que, en tanto medida de excepción, el parámetro debe llevar en su entraña la necesidad de eliminarse a sí mismo cuando su uso ya no sea necesario. Si decidimos proponerle a un analizado que mantiene un recalcitrante silencio a pesar de nuestros esfuerzos y de los de él mismo que se siente en el diván y pruebe de hablar en esa forma, es lógico que una vez que esta resistencia ceda a nuestra actividad interpretativa el analizado volverá a acostarse. El parámetro se introdujo, de hecho, explícitamente, para darle una oportunidad de resolver la dificultad de hablar en la posición de acostado, pero no para cambiar de método.

La tercera condición de Eissler, sin embargo, no es aplicable por definición a uno de los parámetros más comunes, el que empleó justamente Freud con el «Hombre de los Lobos», fijar una fecha de terminación del tratamiento. Este parámetro no puede eliminarse antes de que el tratamiento termine (Freud, 1918b).

Apoyo personalmente la actitud de Eissler al introducir el concepto de parámetro aunque no el parámetro mismo. La actitud es plausible en cuanto importa un sinceramiento de la técnica. Podrá ser bueno o malo introducir un parámetro; pero lo que es malo sin atenuantes es no darse cuenta de que se lo introdujo o negarlo. Esto nos pasa más de una vez y de eso nos pone a cubierto Eissler. El honesto uso del parámetro nos previene de practicar un análisis silvestre cubierto con falsas interpretaciones.

Reconociéndole este valor a la técnica de Eissler debo expresar ahora mi desacuerdo con la introducción de parámetros y por varios motivos. O tal vez por uno solo y fundamental, que no confío en la objetividad del analista cuando decide que el modelo básico de la técnica ya no es suficiente. La experiencia me ha mostrado reiteradamente que, cuando se recurre a un parámetro, al comienzo se lo aplica en casos excepcionales y después se lo va insensiblemente generalizando, lo cual es por demás lógico. Si encontramos un recaudo que nos permitió resolver un caso sumamente grave, ¿qué mal habría de aplicarlo a otros más sencillos?

Recuerdo una conversación de hace muchos años con un colega que estaba empezando a aplicar el ácido lisérgico. A mis reparos respondió advirtiéndome que era una técnica por demás excepcional, que él sólo empleaba en los caracterópatas más duros, esos que no se movilizan ni con veinte años de análisis. Le contesté que en un lapso no muy largo, un año o dos, estaría usando LSD con todos sus analizados. Desgraciadamente tuve razón y sólo me excedí en el plazo calculado.

Desde luego que distingo perfectamente la distancia que va entre administrar drogas alucinógenas y sugerir sentarse en el diván. Para este úl-

timo caso las perturbaciones que se pueden presentar siempre serán pequeñas, más allá de la forma en que reaccione un paciente determinado. Pero yo no estoy haciendo aquí cuestión de grado sino sentando el principio general de que, como analistas, no tenemos mejor forma de ayudar a nuestros clientes que permaneciendo fieles a la técnica.

Al discutir este tema conviene aclarar un aspecto que pasa muchas veces inadvertido. Considero que sólo debe llamarse parámetro al que introduce el analista en la inteligencia de que va a encontrar en él un legítimo auxiliar de la técnica. Nunca será parámetro sino acting out lo que el analista haga al margen de un objetivo técnico, terapéutico; y tampoco lo será lo que provenga del paciente.

En cuanto al acting out del analista recuerdo lo que me contó un paciente que vino a pedirme que le recomendara un analista luego de interrumpir un tratamiento. Estaba asociando con un plomero muy eficiente que le había resuelto un problema difícil de las cañerías de su casa y, en ese momento, el analista, que por lo que parece también tenía graves problemas en sus cañerías, lo interrumpió para pedirle el nombre de ese técnico tan confiable. El analizado se lo dio de inmediato y acto seguido le dijo que no iba a continuar el tratamiento.

El parámetro es algo que hace el analista para superar una deficiencia en la estructura yoica del paciente que no puede ser resuelta con la técnica regular. El parámetro es un recurso que emplea *el analista* para sortear un obstáculo que viene del paciente. La teoría del parámetro supone que sin él no podría seguir el proceso analítico según arte, y de esto se deduce que el analista se siente en la obligación de abandonar por un momento su técnica. Por esto pienso yo que *no* es parámetro lo que decide por su cuenta el analizado.

Cuando yo le digo al paciente silencioso que se siente en el diván para ver si así puede vencer su mutismo es porque pienso que, de esta manera, se va a modificar su hasta entonces incoercible resistencia. Es completamente distinto que el analizado por sí mismo decida sentarse en un momento dado, porque piensa que así va a hablar mejor o por lo que sea. Parámetro sería aquí contrariarlo o mostrarme de acuerdo con lo que ha hecho. Respetar la decisión de mi paciente sin abdicar para nada de mi derecho a analizarla es mantenerme enteramente dentro de mi técnica.

Al hablar del contrato dije algo que coincide plenamente con lo que acabo de exponer. El analista tiene que introducir la norma en el contrato. Si el analizado no puede o no quiere cumplirla el analista no la impondrá pero tiene ya el derecho de analizarla.

En el Congreso de París de 1957 se discutió extensamente el tema de las variaciones de la técnica psicoanalítica.

En esa ocasión Eissler (1958) vuelve sobre su teoría del parámetro como un recurso que está al margen del instrumento típico del análisis, la interpretación. Creo advertir, sin embargo, dos restricciones de la teoría.

Por una parte, Eissler considera que muchas veces el parámetro se puede transformar en una interpretación. Así, por ejemplo, en lugar de pedirle a un paciente que hable de cómo se llevan sus padres se le puede

interpretar que él nunca habla de ese tema, etcétera. Del mismo modo, en lugar de estimular al fóbico a que enfrente la situación que le provoca angustia puede interpretársele que se resiste a hacerlo o algo por el estilo.

Eissler restringe también su teoría originaria introduciendo la idea de *pseudoparámetro*. Algunos recursos que de acuerdo con las definiciones clásicas no podrían denominarse interpretación operan sin embargo como si lo fueran. El pseudoparámetro puede usarse, por ejemplo, en casos donde la interpretación provoca insuperables resistencias y el pseudoparámetro puede introducirla de contrabando (Eissler, 1958, pág. 224). Un chiste a tiempo puede ser un recurso de este tipo.

De esta forma, me parece, la teoría del parámetro queda reducida, y aun cuestionada, por su propio creador.

Si lo que Eissler llama pseudoparámetro no es más que un recurso formal de decir las cosas con respeto y con tacto, en nada se aparta de la técnica clásica. Si lo que pretende es meter algo de contrabando yo nunca lo utilizaría y, en tal caso, prestaría atención a qué conflicto de contratrasferencia me está llevando a usar ese procedimiento tan poco católico.

27. Construcciones

1. Introducción

En los dos capítulos anteriores traté de ofrecer en la forma más clara y rigurosa que me fue posible las notas definitorias de la interpretación en general, y en particular de la interpretación psicoanalítica. Vimos que la interpretación puede entenderse de varias maneras. Desde el punto de vista de la comunicación es una información de características especiales; en semiología se la define por su contenido semántico, y, por último, la hemos entendido también operacionalmente por sus efectos, que sirven para testearla.

Dijimos también que cuando Freud la define en el libro de los sueños y en «El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis», atiende especialmente al sentido, a la significación. Dice, por ejemplo que la *Deutung* (interpretación) *de un sueño consiste en determinar su Bedeutung* (significación).

También vimos en los capítulos anteriores que, siendo la interpretación el instrumento principal del análisis, hay otros que también se emplean aun dentro de la técnica más estricta, y que no es ahora el caso de recordarlos.

Con el conjunto de todas esas herramientas, sin embargo, no cuestionamos para nada la preeminencia de la interpretación psicoanalítica. Ahora, en cambio, con la construcción vamos a hacerlo: la *construcción*, en efecto, se pone a la par de la interpretación y, para algunos autores, hasta por encima de ella.

Interpretación y construcción son entonces, por de pronto, dos instrumentos distintos pero de la misma entidad, de la misma clase. Para ambas son aplicables las características definitorias ya estudiadas, ambas están destinadas a darle al paciente una información sobre sí mismo, que es pertinente, que le pertenece por entero y de la cual no tiene conciencia. Así definimos la interpretación y así podemos definir, en principio, la construcción. Si nos atenemos a esta definición, entonces, tenemos que concluir que interpretación y construcción pertenecen a una misma clase, con lo que nos hallamos frente a un gran problema: ¿de qué manera se diferencian entre sí?

2. Construcción e interpretación

No es fácil por cierto decir en qué consiste la diferencia entre construcción e interpretación, pero puede buscársela desde distintos ángulos: en la forma o la esencia, en la teoría o la técnica.

Es por de pronto indudable que, como indica su nombre, la construcción supone juntar varios elementos para formar algo y, por esto, desde un punto de vista formal, tendemos a pensar que las construcciones son más amplias y pormenorizadas que las interpretaciones, que pueden ser escuetas, asertivas y hasta contundentes. Esta diferencia, sin embargo, es poco satisfactoria. Una construcción puede ser concisa y lacónica, mientras que hay interpretaciones largas, sea por el estilo del analista o por la complejidad del tema. El aspecto formal, entonces, esto es, la manera en que se formula una interpretación o una construcción no parece servir demasiado, a pesar de que Freud lo tiene en cuenta al dar su ejemplo en «Construcciones en el análisis»: «Usted, hasta su año x , se ha considerado...», etcétera.

Casi siempre se subraya que si la construcción busca juntar varios elementos para formar un todo es porque tiene siempre un sesgo histórico. La construcción se refiere al pasado, intenta develar una situación histórica, algo que pasó y fue determinante en la vida del sujeto. La circunstanciada referencia a la historia se ve siempre como propia en la construcción, mientras que la interpretación puede omitirla. Sin embargo, esta diferencia es relativa y contingente, porque existen excepciones en un caso y en otro. Hay interpretaciones que tienen en cuenta el pasado y, por otra parte, hay un tipo especial de construcción que no lo hace. Me refiero a lo que Löwenstein (1951, 1954, 1958) llama *reconstrucción hacia adelante* (*reconstruction upwards*), donde ciertos acontecimientos de la infancia sirven para iluminar el presente, y no al revés como es lo clásico. Así por ejemplo, un hombre que se sintió molesto por los honorarios, comienza el análisis idealizando al analista y con sueños hostiles hacia un hombre que él mismo identifica con su padre ya fallecido. Löwenstein interpreta que su hostilidad se dirige al analista y la refiere al monto de los honorarios (1954, pág. 191).

A veces se confunden la forma y el fondo. «A usted lo destetaron con acíbar» es una construcción, aunque suene a interpretación por breve y concisa. Parecería una construcción, en cambio, si dijéramos: «A mí me parece que, dado que cada vez que llega el fin de semana usted siente gusto amargo en la boca, empieza a fumar en demasía, tiene angustia y prefiere los alimentos dulces, todo lo cual se calma con la sesión del lunes a la mañana, podría pensarse que a usted lo destetaron con acíbar». Estas dos formulaciones, sin embargo, son sustancialmente idénticas.

Si dejamos entonces de lado los aspectos formales, para establecer la diferencia tendremos que remitirnos al soporte teórico con que se interpreta o se construye, pues el mayor énfasis de la construcción es la historia y el de la interpretación el presente; pero también esto, lo acabamos de ver, es de lo más relativo. La única diferencia nítida es que la **referen-**

cia al pasado puede faltar en la interpretación. Esta, sin embargo, puede dirigirse al pasado y hasta el punto de que una de las formas de clasificar las interpretaciones es en históricas y actuales. Si deseamos que, de todas formas, quede en pie que una interpretación histórica *no* es igual a una construcción, nos veremos en figurillas para diferenciarlas.

Freud lo intentó en el capítulo II de «Construcciones», señalando que la interpretación se refiere a un elemento simple del material, como puede ser un acto fallido, un sueño o una asociación, mientras la construcción abarca un fragmento íntegro de la vida olvidada del paciente. Sandler *et al.* no se muestran para nada de acuerdo con esta definición, que les parece un tanto extraña (1973, pág. 93n.). Coincido con Sandler en este punto y supongo que Freud tuvo que recurrir a una definición osensiva de la construcción («Usted, hasta su año x, se ha considerado el único e irrestricto poseedor de su madre. Vino entonces un segundo hijo...», etcétera) porque no disponía de suficientes elementos conceptuales para establecer las diferencias.

Por otra parte, es más que discutible que la interpretación sea parcial y la construcción totalizadora. Basta releer algunos ejemplos de sueños y actos fallidos analizados por Freud, como el sueño de la monografía botánica o el olvido del nombre Signorelli, para ver hasta qué punto esas interpretaciones reconstruyen amplios fragmentos de la historia si no la vida entera.

Lo que Freud llama construcción en el capítulo II se podría llamar también interpretación completa, y entonces ya estaríamos en un problema semántico, de definición. Son los analistas que aceptan sin reservas la delimitación de Freud recién mencionada los que consecuentemente creen que es mejor construir que interpretar. Las diferencias técnicas (y teóricas), sin embargo, se comprenden mejor si se discute la forma en que cada analista utiliza el pasado y el presente en su quehacer clínico, tema al que volveremos más adelante.

Una delimitación que puede parecer muy categórica es que la interpretación tiene que ver con el deseo y la construcción con la historia; pero, en realidad, esta diferencia falla por la base porque no hay acontecimientos sin deseos ni deseos desvinculados de acontecimientos. (A esto volveremos al tratar los tipos de interpretación.)

Si el camino que llevamos recorrido hasta ahora es correcto no aparecen claras diferencias entre interpretación y construcción ni de forma ni de fondo. Laplanche y Pontalis (1968) piensan que es difícil y hasta poco conveniente conservar el término construcción en el sentido restringido que le dio Freud en 1937 (1968, pág. 99) en cuanto supone el poco asequible ideal de una rememoración completa de todo lo que yace en la mente infantil, ya que aun cuando no resurjan los recuerdos la construcción posee de todos modos una eficacia terapéutica si se acompaña de la firme convicción del analizado. Dan en cambio importancia a la construcción como una organización del material patógeno y citan lo que dice Freud en los *Años* y al trabajo de reconstrucción de una fantasía que Freud realiza en «*Región a un niño*» (1919e). La concepción freudiana de

la fantasía la supone como un modo de elaboración que se apoya parcialmente en lo real, como sucede en las «teorías» sexuales infantiles. De esta manera, el término adquiere un sentido más teórico que técnico.

También David Maldivsky, que ha estudiado el tema con insistencia, le da al concepto de construcción un sentido especialmente teórico, que lo lleva a una posición en cierto modo opuesta a la de Laplanche y Pontalis. El concepto de construcciones —afirma— debe conservarse porque ocupa el centro de toda la reflexión psicoanalítica como un articulador indispensable entre la teoría, la clínica y la técnica. Para Maldivsky es, al contrario, el concepto de interpretación más bien el que sobra, en cuanto postula «que una interpretación cualquiera supone una construcción subyacente en el terapeuta, lo admita este o no» (1985, pág. 18). Cualquier intento de interpretar supone una teoría de cómo se ha producido la manifestación del paciente y esto es ya una construcción. Hay para Maldivsky dos tipos de construcciones, las que tienen que ver con vivencias y las que nacen de procesos puramente internos como los afectos, las fantasías y los pensamientos inconscientes. De esta forma, el concepto de construcción se amplía hasta abarcar no sólo los recuerdos sino también la actividad toda del proceso primario hasta lo reprimido primordial, y entonces es lógico sostener que la construcción es el epicentro de la labor psicoanalítica, que para este autor tiene que ver con lo que llama la fantasía masoquista primordial, donde convergen el complejo de Edipo, la castración y las pulsiones parciales (fijaciones). A este conjunto heterogéneo de hechos psicológicos apunta en primer lugar la construcción (1985, pág. 20), que abarca también los procesos ulteriores defensivos que surgen de ese conjunto y que van a ir desplegándose con el tiempo en una sutil y compleja combinatoria a lo largo de todo el período de latencia.

Luego de leer muchas veces el artículo de Freud, creo que el concepto de construcción se sostiene más en el método que en la teoría, la técnica o la clínica. La característica de la construcción es que puede compararse con los recuerdos del paciente, con su historia. No puede ser casual que Freud parta en su artículo de la metodología. En el primer capítulo menciona Freud el comentario irónico de que el psicoanalista siempre tiene razón: si cara, gano yo; si ceca, pierdes tú.

Freud responde que la respuesta explícita del paciente no es lo que más interesa, sino la que viene indirectamente del material. Ni siquiera el cambio de los síntomas es concluyente. El empeoramiento de los síntomas en un paciente en el cual hemos detectado en otras oportunidades una reacción terapéutica negativa puede hacernos suponer que acertamos; y, al revés, la complacencia del analizado puede hacerlo mejorar luego de una construcción (o interpretación) errónea.

De todos modos, Freud acepta también, de buen grado, que no siempre tomamos la negativa del paciente como una prueba de que estamos equivocados, más bien pensamos que se trata de una resistencia que de un error nuestro. Desde luego que esta actitud en la que pueden participar conflictos de contratrasferencia es muy peligrosa no sólo desde

el punto de vista metodológico sino también clínico; y muchos epistemólogos, como Popper, se basan en esto para negarle validez científica al psicoanálisis.

Lo que Freud toma aquí como punto de partida de la discusión es que la respuesta *convencional* del paciente no es lo que más importa. Puede interesarnos en cuanto asociación, en cuanto manifestación de una conducta que debemos estudiar; pero lo realmente significativo como confirmatorio o denegatorio de una construcción es lo que espontáneamente surge en el material del analizado. Eso nos informa en general con bastante seguridad sobre la validez o el error de una construcción. Esta afirmación de Freud sigue siendo correcta y hoy sólo la completaríamos diciendo que también nos orienta lo que nos informa nuestra contratrasferencia. Podemos decir, en conclusión, que hay toda una serie de indicadores de que la construcción que se le ofreció al paciente fue acertada. Ahora bien, ¿en qué forma se dan estos indicadores?

3. Los indicadores

Digamos para empezar, que la cuestión de los indicadores es distinta si se trata de una interpretación o de una construcción, porque en esta hay un tipo de indicador preciso y precioso que en aquella no existe, y es la ecforización de un recuerdo pertinente a la construcción que se ha propuesto. Otras veces no aparece el recuerdo pero el paciente agrega detalles que complementan la construcción formulada cuando no la adornan con elementos a los que el analista nunca podría haber tenido acceso porque no los conoce. Si yo le digo a un paciente que a los cinco años debe haber pensado que no era hijo de sus padres y él responde que ahora recuerda que a esa edad justamente el padre se fue de la casa y la madre vivió con un hombre por un tiempo, eso que realmente yo no conocía confirma suficientemente la exactitud de mi construcción. A veces las cosas suceden realmente así y todos los analistas atesoramos aciertos de este tipo; pero no siempre tenemos esa suerte. Aparte de este tipo de respuesta que se da vía recuerdos que se ecforizan o detalles que complementan el recuerdo y/o la construcción, también los sueños prestan a veces una confirmación. Lo que el paciente recordó en el caso hipotético que acabo de decir, podría haberlo soñado y ese sueño hubiera tenido prácticamente tanto valor confirmatorio como su recuerdo.

En cuanto a la respuesta del paciente, pues, hay diferencia entre interpretación y construcción. Otra diferencia es que la respuesta es más manifiesta, en general, más abierta frente a la interpretación; el paciente va a decir sí o no. En cambio, frente a una construcción, si no se responde con un recuerdo que la confirma, el analizado más bien la toma a beneficio de inventario, postergando su juicio. Con la interpretación, la respuesta tiende en general a ser más viva, más inmediata. Esta diferencia sin embargo no es tan sustancial como la anterior.

Hemos dicho que la construcción se puede confirmar de diversos modos: con un recuerdo, con datos que la complementan, con sueños o con actos fallidos; y digamos también por los resultados. Porque no hay que olvidar que como analistas operamos con la teoría de que una construcción (o interpretación) si es acertada y aceptada, va a arrojar resultados. Como dijimos en el capítulo anterior, no tenemos la intención de modificar directamente la conducta, pero confiamos en obtener resultados: una vez que la construcción (o la interpretación) ha sido asimilada como información, tiene que operar sobre la vida mental del paciente. Si no fuera así no tendría objeto el análisis.

4. Evaluación de los indicadores

Hemos pasado revista a los principales indicadores clínicos que nos informan sobre la validez de nuestras construcciones e interpretaciones, señalando las particularidades que presentan en un caso y el otro. Dedicuémonos ahora, por un momento, a evaluarlos.

Los indicadores que estudiamos van desde las respuestas más inmediatas a las más alejadas, y son estas últimas las que por lo general tienen mayor valor en cuanto mensajes no convencionales del inconciente.

Las respuestas afirmativas del paciente, sobre todo cuando son fáciles y explícitas, no deben valorarse en demasía, porque muchas veces parten del deseo de agradar o de mostrarse inteligente. Un paciente con un gran complejo de castración que desplazaba a su inteligencia, durante mucho tiempo me mantuvo intrigado por la forma en que respondía a mis interpretaciones. Las recibía con respeto, se mostraba interesado y atento, a veces me pedía alguna aclaración, siempre pertinente, y terminaba por hacer un comentario sobre lo que yo le había dicho, a veces complementado con una atinada reflexión. Yo percibía algo singular en su conducta pero me costó llegar a comprenderla, sobre todo teniendo en cuenta que el análisis marchaba regularmente. Luego de analizar a lo Reich durante un largo tiempo la actitud con que recibía mis interpretaciones obtuve una respuesta convincente. Me dijo que él sabía que yo era un profesor eminente (*sic*) y que, por tanto, procuraba entender lo que le decía, dando por sentado que no me podía equivocar y que él, por su parte, no se consideraba muy inteligente. Así pues, la interpretación no era para este ingenuo analizado una información y una hipótesis sino la verdad revelada que él tenía que esforzarse en aprehender, a la par que un test para medir su inteligencia (como había medido el tamaño de su pene en sus juegos con los compañeritos de la latencia). Más inconcientemente estaban la complacencia, la seducción y el apaciguamiento como defensas homosexuales frente a su (inmensa) rivalidad edípica con el padre.

Cuando la interpretación o, menos frecuentemente, la construcción operan en un nivel concreto, el motor de la respuesta es al acto mismo de interpretar y no el contenido informativo de lo que hemos dicho. Es el

caso de una histérica grave que, por ejemplo, siente la interpretación de sus angustias genitales como un pene que realmente la penetra. En este caso lo único que podemos asegurar es que la interpretación ha sido rechazada porque se la consideró como un acto violatorio, como un pene que se introduce violentamente. Esto, sin embargo, nada nos dice sobre el valor de la refutación, no sólo porque falta la verbalización sino porque el problema se ha desplazado y la paciente no responde al contenido informativo de la interpretación sino al *acto* de interpretar. Es cierto que en un caso como el de este ejemplo se podría inferir válidamente que la interpretación fue correcta, ya que fue rechazada igual que el temido pene; pero esta inferencia sólo es una hipótesis *ad hoc* que habría que demostrar.

La aparición o la desaparición de un síntoma somático como respuesta a una interpretación es siempre interesante, pero el significado puede variar en cada caso. Yo diría que, en general, si la respuesta corporal del paciente implica mejoría, lo tomaría como una probable confirmación de la interpretación; pero si el paciente reacciona con un síntoma somático o de conversión yo no diría que es porque la interpretación fue eficaz, sino más bien porque fue nociva, salvo el caso especial de la RTN.

En resumen, el *rechazo* de una construcción o de una interpretación puede tener que ver con la transferencia negativa o con la angustia, antes que con el contenido informativo; la *aceptación* puede también ser equívoca si el deseo del analizado es agradarnos, engañarnos o demostrarnos que comprende lo que le decimos. Del mismo modo, el cambio en la conducta y/o la modificación de los síntomas son siempre interesantes pero no decisivos. Ya Glover (1931) escribió sobre el efecto terapéutico de las interpretaciones inexactas.

Freud, hay que decirlo, fue siempre muy cauto y perspicaz frente a la respuesta del analizado. No retrocedía ante una negativa ni se dejaba llevar así nomás por la aprobación. En «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c) estudia los sueños confirmatorios y de complacencia. Afirma que uno de los motivos por los cuales una persona puede tener un sueño que confirme una interpretación es el de congraciarse con el analista o complacerlo; y llega tan lejos en este sentido que piensa que hasta la elaboración primaria del sueño puede estar encaminada a complacer.¹

Un ejemplo sutil de cómo se puede refutar al analista es el sueño de la mujer del carnicero con el salmón ahumado, en que renuncia al deseo de dar una comida pero satisface el deseo de no satisfacer al de su amigarral y refuta al mismo tiempo la teoría de la satisfacción de deseos del sueño, que es el deseo de Freud (AE, 4, págs. 164-8). Freud cita a continuación el sueño de otra paciente, la más inteligente de sus soñantes, dice, que veranea con su odiada suegra sólo para demostrar que la teoría del deseo es errónea (*ibid.*, pág. 169).

De modo que, en conclusión, sólo un análisis muy cuidadoso de to-

¹ Véase la forma (un poco severa, a mi juicio) en que Freud (1920a) evalúa los sueños de su paciente homosexual.

dos los elementos nos puede llevar a decidir con suficiente seguridad qué de lo que dice o hace el paciente apoya o refuta la interpretación. Lo que importa aquí señalar es que *hay* indicadores, que la construcción y también la interpretación *pueden* ser refutadas, a pesar de que Popper (1953) pone al psicoanálisis como ejemplo de una teoría no científica porque sus hipótesis, como las de la astrología, no pueden ser refutadas.²

Los dos primeros párrafos de «Construcciones» se ocupan del método, cómo puede ser validada una construcción, qué elementos tenemos para saber si es correcta, verdadera. Freud señala que ni la aceptación, ni el rechazo formal, conciente, pueden decidir sobre la validez. Lo que realmente importa es lo que surge en el material asociativo o en la conducta a partir de la construcción formulada. En ningún caso más que en este señala Freud la índole verdaderamente hipotética de la comunicación del analista; y es que la palabra construcción sugiere fuertemente la idea de hipótesis, de algo construido. No hay duda empero de que la interpretación también es una hipótesis, aunque si la pueda formular en términos más asertivos.

5. Realidad material y realidad histórica

«Construcciones» es un breve trabajo que consta de tres párrafos, el último de los cuales plantea un problema importante, el de realidad histórica y realidad material.

Si algo distingue la interpretación de la construcción es que esta intenta recuperar un acontecimiento del pasado. La construcción *busca* el pasado, la interpretación lo encuentra.

La influencia del pasado en el presente es un tema que preocupa a Freud desde sus primeros trabajos, desde la época de su colaboración con Breuer. Este tema es por cierto fundamental. Ya en el párrafo 2 de la tercera parte del *Proyecto*, Freud (1895d) habla de *realidad exterior* y de *realidad del pensamiento* (cogitativa) como dos alternativas que hay que discriminar, que hay que diferenciar (AE, 1, págs. 420-4), y dice que la cantidad externa (Q) se mantiene siempre apartada de Ψ (psi) es decir de Qn. En *Tótem y tabú* (1912-13) habla de *realidad psíquica* y de *realidad fáctica*. Al referirse a este punto (AE, 1, pág. 421 n. 38), Strachey señala que, en sus escritos ulteriores, Freud llama *material* a la realidad fáctica, por ejemplo en *Moisés y la religión monoteísta* (1939a), donde habla de *verdad histórica* y *verdad material* (AE, 23, pág. 124). En las páginas 73 y 74, en cambio, se habla de *realidad exterior* y *realidad psíquica* (o interior). En «La verdad histórico-vivencial» (parte II, apartado G, pág. 123) Freud se pregunta por qué la idea de un dios único se impone a la mente de los mortales y recuerda que la respuesta de la religión es que esa percepción es parte de la verdad, de la verdad eterna de que

² En el cap. 35, el doctor Klimovsky estudia este problema en profundidad.

hay un solo dios. El hombre ha sido creado para que pueda captar las verdades esenciales: si la idea del monoteísmo se impone firmemente al espíritu es porque el hombre capta la realidad «material» de que efectivamente hay un solo dios. Freud, que por cierto es escéptico sobre la capacidad del hombre para descubrir la verdad, no piensa que estemos conformados para recibir naturalmente la verdad revelada. Su experiencia de psicoanalista le muestra que el hombre se deja llevar más por su deseo que por la voz de Dios. La historia prueba que el hombre creyó en el correr del tiempo en muchas cosas y se equivocó. El simple hecho de que los hombres crean algo no es garantía de que corresponda a la verdad.

Si la religión monoteísta ha concitado una adhesión tan fuerte entre los hombres no es porque corresponda a una verdad eterna, material, concluye Freud, sino porque responde a una verdad *histórica*. Esta verdad histórica que vuelve del pasado y se impone a nuestro espíritu es que, en los tiempos primitivos, había ciertamente una persona que aparecía grande y poderosa: el padre.

Este tema ya había sido desarrollado por Freud más de veinte años antes en *Tótem y tabú* (1912-13), donde estudia la relación del padre con la horda primitiva. Y, sin ir tan lejos, aparece regularmente en la infancia: en cuanto todos hemos tenido un solo padre, estamos predispuestos a aceptar la idea de un solo dios. Lo que me lleva a sentir como verdadera la idea de que hay un solo dios es la realidad histórica de que yo tuve sólo un padre y no que así sean los hechos materiales.³

De esto Freud concluye que, frente a toda experiencia humana que se acompaña de una fuerte convicción habría que considerar la posibilidad de que esté respondiendo a una verdad histórica (aunque no a una verdad material). Es en este sentido que vuelve a la verdad que hay en el delirio e insiste, entonces, en que tal vez la vía de comprenderlo e incluso de resolverlo analíticamente, sería a partir, no de sus groseras distorsiones (que corresponden a la realidad material) sino de su parte de verdad histórica, que de hecho existió, y le da su fuerza irreductible. Este es el tema principal del trabajo de Avenburg y Guiter para el Congreso de Londres de 1975.

Avenburg y Guiter entienden por construcción «establecer nexos entre los fenómenos que hasta ese momento aparentemente no los tenían» (1976, pág. 415) y piensan que la labor del analista es reconstruir la construcción, rehacerla, rescatarla de la represión. Consideran que Freud juega con dos pares de conceptos: realidad psíquica y realidad exterior; verdad material y verdad histórica; y se inclinan a pensar que el concepto de verdad histórica es más abarcativo que el de realidad interior, ya que cuando nosotros tratamos de establecer la verdad histórica con nuestras construcciones, tratamos de ver no sólo cómo asimiló el individuo determinadas experiencias sino también qué grado de realidad tuvieron las experiencias mismas.

³ En el caso de los mitos de la humanidad, parece que Freud prefiere la alternativa de *verdad material y verdad histórica*; y, en cambio, en la historia individual la alternativa es entre *realidad material y realidad psíquica*.

El punto de vista de Avenburg y Guiter, sin embargo, tiene sus limitaciones porque la verdad material no la podemos conocer si no es a partir de la estructura del individuo, de modo que es difícil contraponer el concepto de realidad interior/exterior con el de verdad histórica/material.

Como analistas nos ocupamos de la realidad interior (psicológica), nos importa cómo ha asimilado el individuo la experiencia; pero, en la medida en que le mostramos al analizado cómo incorporó determinada experiencia, vamos logrando que la realidad interior se contraste con la realidad fáctica.

El trabajo analítico consiste en que el sujeto revise su realidad interior (o lo que es lo mismo su verdad histórica) y se vaya dando cuenta que lo que él considera los hechos es sólo su versión de los hechos. De esta manera el analizado tendrá que admitir que su deseo imprimió (e imprime) su sello a la experiencia y de esta forma él ha ido modificando y re-creando la realidad exterior.

En el párrafo I de «Construcciones», Freud dice que el propósito del análisis es lograr una imagen de los años olvidados que sea a la vez verdadera y completa (AE, 23, pág. 260). Yo creo que este objetivo se cumple si se puede construir un cuadro del pasado en que el paciente reconozca su propia perspectiva y sepa que no es la única ni la mejor, que los otros pueden tener una versión distinta de los mismos hechos.

Para obtener una imagen verdadera y completa del pasado no bastan los recuerdos ni tampoco los datos «objetivos» que pudiéramos recoger, ya que tendríamos que incluir entre ellos la compleja y sutil interacción en un momento dado, esto es, el núcleo de verdad de cada versión, un punto que se estudia con acierto en el trabajo de Avenburg y Guiter. Lo que importa realmente es el valor simbólico de la conducta, la estructura de la conducta, ya que la verdad material sólo se puede definir por consenso, o lo que es lo mismo, cuando podemos ver las cosas desde diversas perspectivas.

Quien mejor ha hecho, tal vez, este tipo de discriminación es Lacan, cuando en su seminario sobre *Les écrits techniques de Freud* (1953-54), separa tajantemente la rememoración de la reconstrucción. El recuerdo pertenece para Lacan al plano de lo imaginario, mientras que la reconstrucción del pasado apunta a restablecer la historicidad del sujeto, el orden simbólico. Lo que se evoca vivencialmente, pues, no es más que un plano de superficie, un contenido manifiesto a partir del cual se deben reconstruir los elementos simbólicos. La reconstrucción concierne a los hechos simbólicos que están en la trama de lo evocado.⁴

Desde este punto de vista, el artículo de Freud nos enseña, pues, en definitiva, que la distorsión que el individuo opera sobre los hechos sólo se puede modificar reconociendo su núcleo de verdad histórica y no aportando hechos objetivos.

La confirmación que pueden brindar los hechos exteriores tiene sólo un valor relativo. A veces son útiles, y no cabe duda de que nos da una

⁴ Repito aquí las enseñanzas de mi amigo Guillermo A. Maci.

gran satisfacción cuando una construcción se confirma con hechos reales, que el paciente incluso recaba de la familia. Freud nos advierte, sin embargo, que nosotros no operamos a partir de este tipo de comprobaciones, sobre la base de hechos que materialmente existieron: lo que realmente cuenta es la convicción (subjetiva) del analizado. En su documentado trabajo sobre construcciones, Carpinacci (1975) parte del concepto de verdad histórica que «consiste en la conformidad entre lo que afirma sobre un hecho histórico y el suceso histórico mismo» (1975, pág. 269). Esa verdad histórica, sigue Carpinacci, puede ser interpretada científica y objetivamente (verdad material) o ideológica y desiderativamente (verdad eterna).

6. Construcción e interpretación histórica

Como veremos más adelante, hay dos tipos de interpretaciones, históricas y actuales, del pasado y del presente. Esta clasificación se refiere al contenido de la interpretación, es fenomenológica, porque desde el punto de vista dinámico toda interpretación apunta de alguna forma al pasado. La teoría de transferencia reposa, como hemos visto, en que el pasado y el presente se superponen, en que el pasado está contenido en el presente. A través de la transferencia podemos tener acceso al pasado, y toda interpretación de la transferencia es histórica en cuanto descubre la repetición. Desde este punto de vista, podemos definir la construcción como un tipo especial de interpretación en la cual se le da un énfasis especial a lo histórico. Así lo estableció Bernfeld un lustro antes que Freud. Si bien por razones coyunturales, esto es tácticas, podemos circunscribirnos al presente o al pasado, una interpretación completa tiene en cuenta los dos, ya que se referirá siempre a lo que pervive del pasado en el presente.

En el momento actual hay una gran discusión, que viene de lejos, entre los que reivindican la construcción como el verdadero instrumento del análisis y los que, al contrario, la descalifican o no la tienen en cuenta. Esta discusión, empero, debería ser racional y menos apasionada.

Antes que nada conviene destacar que hay, evidentemente, estilos distintos para trabajar, legítimas preferencias que deberíamos aprender a respetar. Yendo ahora al fondo de la cuestión, diré que hay sin duda divergencias técnicas entre los analistas que ponen el énfasis en lo actual y los que prestan atención preferente al pasado. Aquellos interpretan (e interpretan fundamentalmente la transferencia), estos construyen. Existen por cierto dos tipos polares de analistas, que Racker (1958b) caracterizó como los que usan la transferencia para comprender el pasado y los que usan el pasado para comprender la transferencia.

En la mesa redonda que se realizó en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1970,⁵ un decidido partidario de las construcciones como

⁵ Mesa redonda sobre «Construcciones en el análisis» de S. Freud, con la participación

Avenburg, dice que estamos intoxicados de transferencia. Esa admonición tal vez sea justa para ciertos analistas, de entonces y del momento actual, que interpretan la transferencia donde no está. No deja de ser cierto el caso opuesto, por ejemplo el candidato que, abrumado por las pulsiones que le dirige el paciente, trata de que piense en su infancia.

Todo método tiene virtudes y defectos; pero no deben confundirse las dificultades inherentes a un método con sus errores. Si se pone interés en la transferencia existe el riesgo de no apreciar la historia; si nos dirigimos preferentemente al pasado corremos el riesgo de no ver la transferencia. El analista debe abarcar en su tarea las dos cosas, presente y pasado. No es casual que Freud señale en su trabajo de 1937 la importancia de la convicción del analizado, y fue Freud también el que dijo en el epílogo de «Dora» que la convicción surge de la situación transferencial.

La alternativa entre construcción e interpretación puede inspirar legítimamente el estilo de cada analista; pero es distinto si se pretende llevar la discusión al plano de la técnica, porque la técnica analítica exige que ambas se integren y se complementen.⁶

Estas reflexiones son también aplicables al problema de interpretar la realidad exterior. También la realidad exterior se tiene que integrar en nuestra tarea, porque justamente lo que da convicción y lo que realmente cura es que yo me dé cuenta que aquí con mi analista, con mi mujer y mis hijos en casa y con mis padres y hermanos en la infancia repito el mismo *pattern*, soy el mismo.

Hubo un tiempo en Buenos Aires, seguramente por la experiencia derivada de la psicoterapia de grupo, que se subrayaba mucho lo actual, el aquí y ahora; y hasta se llegó a pensar que la situación analítica era ahistórica. Como veremos en su momento, la situación analítica puede explicarse con la teoría del campo, pero el proceso analítico es una situación transferida e histórica. Cuando vino Hanna Segal a Buenos Aires en 1958 combatió esa postura, y recuerdo haberla oído decir que la insistencia en interpretar exclusivamente en términos de la situación transferencial lo que hace al fin de cuentas es satisfacer el narcisismo del analista y crear una situación de megalomanía donde el analista es todo para el enfermo, cuando en realidad refleja un objeto que viene del pasado.

De cualquier modo, es cierto que algunos analistas piensan que una vez resuelto el conflicto aquí y ahora lo demás sale solo, el pasado cambia por añadidura y deja de perturbar. Esta tesis no es cierta porque olvida que puede haber mecanismos de disociación o represión que rompen la continuidad del pasado y el presente. No hay disociación más peligrosa para mí que la de padres malos en la infancia y un analista idealizado en el momento actual.

La diferencia no hay que buscarla, pues, entre los que interpretan y

de Jaime P. Schust (coordinador), Ricardo Avenburg, Gilberta Royer de García Reinoso, David J. Sherman y Leonardo Wender. Apareció en el volumen 27 de la *Revista de Psicología*.

⁶ Para una discusión más detallada, véase mi trabajo presentado al Congreso de Helsinki, en Helsinki como cap. 28 de esta obra.

los que construyen sino, más bien, en la forma en que se articulan estos dos instrumentos: hay analistas que reconstruyen a partir de la situación trasferencial y otros que proponen una construcción para después analizarla. Esto último es lo que hacía a veces Freud; pero muchos analistas actuales no lo hacen (yo entre ellos) porque complica y a la vez descuida la situación trasferencial. Si en un momento dado el analizado nos reconoce en nuestro papel, si nos ve como analista, entonces se nos hace posible reconstruir el pasado; pero cuando el pasado ha irrumpido ocupando el presente (trasferencia), esa posibilidad se reduce y hasta se anula.

La situación analítica es compleja y no se presta a un esquema. Ferenczi decía que cuando el paciente habla del pasado nosotros tenemos que hablar del presente y al revés, para que no cristalice la tendencia a disociar el pasado del presente. A veces el paciente habla del pasado o de lo actual para evitar el conflicto trasferencial; otras veces al revés. Un paciente viene y dice que está muy preocupado por lo que yo le dije ayer, una trivialidad; y después resulta que un rato antes de la sesión le llegó una nota que lo pone al borde de la quiebra o de perder su empleo. Un buen trabajo analítico implica corregir este tipo de represiones o disociaciones. La única técnica adecuada es la que contempla los problemas en su magna complejidad.⁷ El mismo criterio tiene Kris en «The recovery of childhood memories in psychoanalysis» (1956b), donde dice: «Tanto que el paciente hable continuamente del pasado como su persistente adherencia al presente pueden funcionar como resistencia» (pág. 56).

Entiendo que la tarea del analista comprende dos funciones fundamentales: hacer conciente al enfermo de sus *pulsiones* y hacerle recuperar determinados *recuerdos*. Sé muy bien que una cosa y la otra son indisolubles y por eso creo que no hay y no puede haber una diferencia neta entre interpretaciones y construcciones. Diría provisionalmente que cuando se pone énfasis en los impulsos se hacen interpretaciones y, cuando acentuamos los recuerdos, construcciones. Pero, como ningún acontecimiento está desgajado de los impulsos y ningún impulso puede darse sin acontecimientos, se comprende por qué es difícil delimitar estos dos conceptos y tal vez no corresponda hacerlo.

Quiero terminar este capítulo recordando al maestro Pichon Rivière, que nos inculcó el concepto de una interpretación *completa* en la cual se atiende lo que se da en la inmediatez de la transferencia tanto como lo que pasa en la realidad exterior y lo que viene del pasado.

⁷ De esto se han ocupado muchas veces los Liendo, que observan cómo la situación que se da fuera se reproduce en el análisis en general como signo opuesto. (Véase, por ejemplo, el cap. 6 de *Nemilogía psicoanalítica*, por María Carmen Gear y Ernesto C. Liendo, 1974). En un libro más reciente, de impecable factura, escrito en colaboración con Melvyn A. Hill en 1981, los Liendo estudian la estructura sadomasoquista de la situación analítica y muestran cómo se presenta y se reitera esa estructura, señalando al mismo tiempo las estrategias y las técnicas que permiten resolverla.

7. Construcción y delirio

En las últimas páginas de su ensayo, y a partir de los recuerdos ultraclaros, Freud hace algunas reflexiones sobre el delirio. Se pregunta si la fuerza de convicción del delirio no puede ser porque contiene un fragmento de verdad histórica que echó raíces en la infancia. La tarea del analista debería consistir, quizás, en liberar ese núcleo de verdad histórica de todas las deformaciones que se le han impuesto. Concluye con una afirmación singular: «Las formaciones delirantes de los enfermos me aparecen como unos equivalentes de las construcciones que nosotros edificamos en los tratamientos analíticos, unos intentos de explicar y de restaurar, que, es cierto, bajo las condiciones de la psicosis sólo pueden conducir a que el fragmento de realidad objetiva que uno desmiente en el presente sea sustituido por otro fragmento que, de igual modo, uno había desmentido en la temprana prehistoria» (AE, 23, pág. 269).⁸ Agrega que si la construcción es efectiva porque recupera un fragmento perdido de la existencia, también el delirio debe su poder de convicción al elemento de verdad histórica que ocupa el lugar de la realidad rechazada.⁹

Releyendo no hace mucho la *Psicología de la vida cotidiana* (1901b) advertí que Freud compara las interpretaciones delirantes de los paranoicos con las suyas de los actos fallidos y los sueños. Afirma que el paranoico tiene una comprensión del material inconciente en un todo análogo a la del analista. La diferencia estriba en que el paranoico se queda con su interpretación y no ve todo lo demás (AE, 6, pág. 248). De modo que mi idea de definir la interpretación comparándola con la vivencia primaria de Jaspers tiene un apoyo en Freud.

⁸ «The delusions of patients appear to me to be the equivalents of the constructions which we build up in the course of an analytic treatment — attempts at explanation and cure, though it is true that these, under the conditions of a psychosis, can do no more than replace the fragment of reality that is being disavowed in the present by another fragment that had already been disavowed in the remote past» (SE, 23, pág. 268).

⁹ «Así como nuestra construcción produce su efecto por restituir un fragmento de biografía (*Lebensgeschichte*, «historia objetiva de vida») del pasado, así también el delirio debe su fuerza de convicción a la parte de verdad histórico-vivencial que pone en el lugar de la realidad rechazada» (AE, 23, págs. 269-70). «Just as our construction is only effective because it recovers a fragment of lost experience, so the delusion owes its convincing power to the elements of historical truth which it inserts in the place of the rejected reality» (SK, 23, pág. 268).

28. Construcciones del desarrollo temprano*

El tratamiento psicoanalítico se propone reconstruir el pasado borrando las lagunas del recuerdo de la primera infancia, que son producto de la represión. Lo consigue levantando las resistencias y resolviendo la transferencia a través del análisis de los sueños, los actos fallidos y los recuerdos encubridores, no menos que de los síntomas y el carácter. Las teorías que con este método formuló Freud sobre el desarrollo, la sexualidad infantil y el complejo de Edipo se vieron fuertemente apoyadas no sólo por los resultados del tratamiento sino por el psicoanálisis de niños, que puede ver estos mismos fenómenos *in status nascendi*.

En el niño pequeño, carente de instrumentos verbales de comunicación, los problemas a investigar no pueden ser alcanzados directamente a través del lenguaje pero queda la posibilidad de verlos reproducidos en la transferencia e interpretarlos, a la espera de que las asociaciones del paciente nos apoyen o refuten.

A los fines de esta presentación, vamos a llamar desarrollo (o conflicto) *temprano* al período preverbal en que no hay registro preconciente de los recuerdos, y que abarca aproximadamente la etapa preedípica descrita por Freud (1931b, 1933a) y Ruth Mack-Brunswick (1940), y lo vamos a distinguir del desarrollo (o conflicto) *infantil* que corresponde al complejo de Edipo, descubierto por Freud, entre los 3 y 5 años.

Apoyado en material clínico, voy a sostener los puntos siguientes:

1) El desarrollo temprano se integra a la personalidad y puede reconstruírse durante el proceso analítico, ya que se expresa en la transferencia y resulta conprobable a través de la respuesta del analizado.

2) El conflicto temprano aparece en la situación analítica preferentemente como lenguaje preverbal o paraverbal, es decir, no articulado sino de acción, y tiende a configurar el aspecto psicótico de la transferencia en función de objetos parciales y relaciones diádicas y edípicas tempranas, mientras que el conflicto infantil se expresa sobre todo en representaciones verbales y recuerdos encubridores, es decir, como neurosis de transferencia.

* A riesgo de incurrir en repeticiones, he decidido incluir en este punto mi trabajo presentado al Congreso de Helsinki, «Validez de la interpretación transferencial en el "aquí y ahora" para la reconstrucción del desarrollo psíquico temprano», donde discutí muchos de los temas que desarrollo en esta parte del libro. Agrego al final un estudio de la reconstrucción del desarrollo temprano partiendo de un sueño de Freud, inspirado en la lectura de Schur y de Blum.

3) A veces es posible apreciar los tres polos (temprano, infantil y actual) del conflicto engarzados en una misma estructura.

4) Los informes que el analizado ofrece de su desarrollo temprano deben considerarse recuerdos encubridores, creencias y mitos familiares, que de hecho cambian en el curso del tratamiento.

5) El método psicoanalítico revela la verdad histórica (realidad psíquica), la forma en que el individuo procesa los hechos y cómo los hechos gravitaron en el individuo, pero no la verdad material, inasible en sus infinitas variables.

6) No existe incompatibilidad entre interpretación y construcción, dado que interpretar la transferencia implica comparar en forma de contrapunto el presente y el pasado como miembros de una misma estructura.

7) La historia vital del paciente es siempre la *teoría* que él tiene de sí y que el análisis reformulará en términos más precisos y flexibles.

8) El concepto de situación traumática debería reservarse para lo económico, puesto que el conflicto dinámico se da siempre entre el sujeto y su medio en serie complementaria.

9) El manejo adecuado y riguroso de la relación transferencial permite analizar el conflicto temprano sin recurrir a ningún tipo de terapia activa ni regresión controlada, porque el análisis no se propone corregir los hechos del pasado sino *reconceptuarlos*.

10) Si se acepta que existe una transferencia temprana capaz de desplegarse plenamente en el tratamiento y susceptible de ser resuelta con métodos psicoanalíticos, se abre la posibilidad de usarla como teoría presupuesta¹ para investigar el desarrollo temprano y testear las teorías que tratan de explicarlo, tema este que no abarca mi relato.

Quiero hablar de un paciente, el señor Brown, que analicé nueve años y medio, para ilustrar la forma en que un conflicto de los primeros meses de la vida se expresa en la personalidad y aparecen en la transferencia.²

Cuando vino a verme tenía 35 años y había estado tres en análisis, hasta que su analista falleció. Durante la entrevista me advirtió que era un enfermo grave, y detalló sus síntomas: incapacidad para pensar y concentrarse, tendencia a beber y a tomar psicoestimulantes, dificultades sexuales (falta de deseos, impotencia) y sentimientos antisemitas a pesar de ser judío. Señaló también su bloqueo afectivo y puso como ejemplo su indiferencia por la muerte de su analista.

Sobre el diagnóstico baste decir que se trata de un enfermo *fronterizo* con una fuerte estructura farmacotímica y una perversión manifiesta —*froteur*—: para alcanzar el orgasmo refregaba sus genitales en la mujer evitando el coito. No era conciente de esta perversión, que racionalizaba a veces burdamente.

¹ Por teoría presupuesta entiendo aquí un instrumento que se aplica sin cuestionar de momento su validez, como por ejemplo la teoría óptica del telescopio para el astrónomo.

² Los aspectos técnicos fueron discutidos en un seminario que dirigió Betty Joseph en enero de 1974 en Buenos Aires. Anteriormente discutí este caso con León Grinberg.

Dijo que no recordaba nada de su infancia, aunque refirió sin emoción que *cuando tenía dos meses casi se muere de hambre porque la madre perdió de golpe la leche.*

Este acontecimiento no había sido nunca valorado por el señor Brown. Fue su analista anterior quien dedujo que probablemente había sufrido hambre de niño. El paciente respondió con el informe mencionado, y quedó sorprendido por el acierto del analista, al que desde entonces tomó más en serio, aunque nunca llegó a estimarlo.

Conmigo, en cambio, simpatizó de entrada, si bien considerándome un novato. Sabiendo por el colega que me lo confió que yo acababa de venir de Londres, estaba seguro de que era mi primer paciente, cuando no el único de toda mi carrera. Al interpretar sus celos de los hermanos frente a este tipo de material, lograba sólo una condescendiente sonrisa; y ni me escuchaba cuando le decía que él estaba poniendo en mí su necesidad, esto es, que me veía hambriento de pacientes.

Durante los primeros meses se mantuvo frío y distante; a veces se dormía súbitamente cuando le interpretaba algo que podía resultarle nuevo. Frecuentemente sentía hambre antes o después de la sesión, y entonces aparecieron fantasías coprofágicas de inusitada claridad. Soñó que *en un pequeño restaurante le servían guiso de gato. Sentía un asco terrible, pero alguien le decía que lo comiera, que no se habría dado cuenta si se lo hubieran presentado por liebre. El guiso oía a excremento de gato.* Este sueño sirvió para mostrarle su desconfianza del analista, que le hace pasar gato por liebre, y su deseo de alimentarse de sus propias heces para no depender.

El tono jactancioso que Abraham (1920) derivó de la idealización de las funciones emuntoriales y las excretas era el centro de su sistema defensivo, muchas veces ligado a la masturbación anal (Meltzer, 1966).

Su rebelde aerofagia, que años más tarde habría de ser un expresivo indicador de su traumática lactancia, aparecía como motivo de hilaridad y burla. Recordó que eructaba con su analista anterior y, cuando este se lo señaló, le respondió que él pagaba por sus eructos. Cuando interpreté que sentía orgullo por sus eructos y su dinero, recordó que *comenzó a analizarse justamente porque tenía gases y meteorismo*, así como males-tares gástricos y dificultad para estudiar. Por estos síntomas, un psiquiatra, el doctor M., le indicó el análisis.

Meses después soñó que *estaba en un bar y le servían una gaseosa con una mosca atravesada en la tapita. Dudaba entre beberla o reclamar al mozo y finalmente optaba por reclamar.* A propósito de este sueño recordó otro de su análisis anterior: *Soñé que estaba frente a la clínica del doctor M. y había un grupo que comía carne humana. Uno de ellos tomaba un cráneo medio putrefacto, le pasaba un trozo de pan por dentro y comía los sesos untados en ese pan.*

Así como en un momento en que estuvo por interrumpir el análisis por razones económicas y M. le propuso que hiciera psicoterapia de grupo. Le dijo que *estos sueños* explicaban en parte sus dificultades para pensar y concentrarse, apoyado en Freud (1917e) y Abraham (1924), agregué

que analizarse para él era concretamente alimentarse de los pensamientos del analista; pero, incapaz de tolerarlos, los expulsa como heces que luego vuelve a incorporar por alimentos. ¡El paciente respondió diciendo que se le hacía agua la boca! Agregó con viva resistencia, que esto le pasa muchas veces con los olores nauseabundos, incluida su materia fecal.

Como efecto de esta sesión se sintió angustiado, con ganas de llorar y pidiéndome internamente ayuda. De inmediato tuvo rabia porque el tratamiento no lo curaba y volvió a pensar en interrumpirlo. Afirmaba continuamente que el psicoanálisis no es una relación humana sino una fría transacción comercial.

Las fantasías coprofágicas y las defensas maníacas, siempre enlazadas al trastorno del pensamiento, ocuparon un largo tramo del análisis. Simultáneamente, se iban analizando sus celos edípicos, su rivalidad con el padre y sus impulsos homosexuales. Su deseo de chupar el pene del analista aparecía en sueños y fantasías, para gran humillación del señor Brown, que temía ser homosexual. El análisis de todos estos conflictos logró remover los principales síntomas e hizo aparecer procesos sublimatorios ligados al conflicto temprano.

Luego de esta evolución, que ocupó unos tres años, el conflicto oral se hace patente. Sueña, por ejemplo, que *se saca tres hilos gruesos que le salen de la garganta* y asocia con tentáculos. Este sueño se interpreta como su deseo de aferrarse y mamar del pecho analítico, lo que parece confirmar otro de la misma noche: *Soñé, también, con una nenita que quería chupar desesperadamente mi cigarrillo. Yo se lo saco de la boca y ella se estira desesperadamente para chupar*. Aquí su oralidad se ha proyectado y él es un padre que frustra la necesidad de su parte infantil femenina. Que existen sentimientos voraces y agresivos por el pene del padre dentro del cuerpo de la madre queda expresado por un tercer sueño en que *entra a un banco* (cuerpo de la madre) y *quieren que mate al cajero* (pene del padre). *Se niega, pero otros lo hacen y, cuando lo detienen, niega toda vinculación con el crimen y logra huir*.

En oportunidad de un pago de honorarios atrasados recuerda la época en que pasó hambre en su lactancia, *cuando casi se muere porque la madre no se daba cuenta de su necesidad, a pesar de que él lloraba y gritaba el día entero*.

Vale la pena comparar esta versión con la de la entrevista, porque aquí se agrega que él lloraba y gritaba el día entero. Esta modificación muestra, a mi juicio, que su bloqueo afectivo se ha movilizado, lo que implica, también, que los informes referentes al desarrollo psíquico temprano deben conceptuarse como recuerdos encubridores (Freud, 1899a), a pesar de que se narren como hechos reales, como historias verídicas transmitidas por padres y familiares.

Superado el bloqueo afectivo, ahora llora y grita el día entero: mis honorarios son muy altos, el psicoanálisis es puro bla-bla-bla, si no puede pagarme es por sus dificultades, de las que yo también soy responsable. Este agudo conflicto trasfereencial culmina con este sueño: *Estoy en su consultorio, usted sentado a mi lado como un médico clínico*.

Acongojado, le digo que sufro muchísimo porque he abierto mis sentimientos a los demás. Usted parece compenetrado de mi dolor y tiene también una cara de intenso sufrimiento, tal vez un poco excesivo. Entonces irrumpen en la habitación tres personas, un hombre contrahecho y una mujer; no recuerdo al tercero. Eran amigos suyos que venían a jugar a las cartas o a hacer psicoterapia de grupo. Yo me había cambiado la ropa y buscaba mis calzoncillos para que no los vieran sucios de caca. Encontraba unos que tal vez fueran suyos. Usted me acariciaba y me tocaba para calmar mi congoja. Asocia la mujer del sueño con la que vio días atrás en el consultorio y le dio celos. Más conciente de sus necesidades, es ahora vulnerable al dolor: quiere que lo calme, pero teme acercarse y sentir celos y/o atracción homosexual. Para que no descubran sus cosas sucias, se confunde conmigo mediante la identificación proyectiva (Melanie Klein, 1946), metido en mis calzoncillos.

Reconoce por momentos que su única compañía es el análisis y siente entonces deseos de destruirme. Sus atrasos en el pago tienen ahora un matiz de provocación y rivalidad, al tiempo que quiere quedarse con mi dinero para no sentirse solo. Cuando dice que mi dinero lo acompaña se le hace agua la boca. Al conseguir un aumento de sueldo, lo que primero piensa es que tiene que pagarme y le da rabia.

Cuando está por comprar un departamento para vivir solo, sueña que *yo estoy analizándolo sentado en la calle bajo un arco de triunfo: él habla a los gritos porque estamos muy separados. Mientras se analiza se va acercando con movimientos rápidos, siempre acostado.* Este sueño, donde el acercamiento se ve plásticamente, fue interpretado en términos del complejo de Edipo completo: lo atrae el genital de la madre (arco de triunfo) custodiado por el pene rival del padre, que también lo excita.

La compra del departamento, su ascenso en la empresa y la mejoría de su vida erótica le hacen sentir que adelanta, lo que le provoca rabia y miedo: teme destruirme con sus progresos y teme confiar. Interpreto este temor como basado en una confianza inicial al pecho que luego lo defraudó; responde con un recuerdo que considero básico: *a los 7 u 8 años una sirvienta le contó que un niño murió de inanición porque la madre le daba agua cuando lloraba de hambre, lo que lo calmaba sin alimentarlo.*

Este recuerdo es sin duda una nueva versión de su lactancia y no es casual que aparezca en un momento en que se ha acercado al analista y empieza a sentir la confianza básica de Erickson (1950). Este material fue interpretado no sólo en la perspectiva del conflicto temprano y *en términos reconstructivos* («usted debe haber sentido de pequeño que su madre le daba agua en lugar de leche») sino también *en el aquí y ahora*, como una típica resistencia de transferencia: «Cree que progresa por el análisis y quiere confiar en mí; pero algo lo lleva a pensar que el alimento analítico no es más que agua». Le recordé sus recientes deseos de ver un médico clínico «que con dos inyecciones todo lo va a arreglar» y sus reiteradas afirmaciones de que el análisis es puro bla-bla-bla, así como una fantasía que contó días antes: *Voy a una estación de servicio donde me meten aire por el trasero a presión, para hincharme.*

Este material ilustra la tesis principal de mi trabajo: el desarrollo temprano no queda desgajado del resto de la personalidad y puede reconstruírse a partir de datos ulteriores, que básicamente tienen su misma significación. Que lo preverbal sea *después* resignificado, como propone Freud (1918b), o que de entrada tenga significación, no es decisivo: basta con que una experiencia adquiriera significado *a posteriori* para que sea lícito sostener que podemos alcanzarla y reconstruirla: el material sugiere fundadamente que la fantasía del período de latencia del señor Brown (el niño alimentado de agua) es isomórfica con su experiencia de lactante.

Considero, también, que interpretación y construcción son fases complementarias de un mismo proceso.³ Si transferencia implica superponer pasado y presente, entonces no podemos pensar que una interpretación del aquí y ahora pueda darse sin la perspectiva del pasado, ni tampoco que pueda restaurarse la historia sin responder al siempre presente compromiso transferencial. En otras palabras, no sólo es imprescindible dilucidar lo que pasa en el presente para desbrozar el pasado sino también utilizar los recuerdos para iluminar la transferencia. Racker (1958b) decía con humor que hay analistas que ven la transferencia sólo como un obstáculo para recobrar el pasado y otros que toman el pasado como un mero instrumento para analizar la transferencia (pág. 59); pero, como acabo de señalar, hay que hacer las dos cosas. «*Both the patient dwelling on the past and his persistent adherence to the present can function as resistance*», dice Kris (1956b, pág. 56). Hay que lograr, en cambio, como sugiere Blum (1980), una acción sinérgica entre el análisis de la resistencia y la reconstrucción (pág. 40) para restaurar la continuidad y la coherencia de la personalidad (pág. 50). Entendido de esta manera, el análisis de la transferencia deslinda el pasado del presente, discrimina lo objetivo de lo subjetivo. Cuando esto se logra, el pasado ya no necesita repetirse y queda como una reserva de experiencias que podemos aplicar para comprender el presente y predecir el futuro, no para malentenderlos.

A partir de la historia del niño alimentado con agua, el meteorismo lo acosaba; y su vientre hinchado le hacía pensar en un bebé desnutrido. Aumentó cinco kilos en un mes y acentuó su tendencia a dormirse cuando recibía una interpretación. La envidia ocupa ahora un lugar importante; progresa para despertar envidia en los demás y limita sus progresos para no provocarla. Con su somnolencia regula la sesión para controlar su envidia (y también para expresarla); al mismo tiempo pone en mí su hambre y su desesperación, su bebé desnutrido.

Tiene ahora este sueño: *Soñé que estábamos en cama y usted me revisaba la barriga, dolorida y llena de gases. Usted me palpaba y hacía un movimiento circular para aliviar mi dolor, mientras decía, con su voz grave, que yo estaba mal, que era una «somatización».*

³ Dice Phyllis Greenacre: «*Any clarifying interpretation generally includes some reference to reconstruction*» (1975, pág. 703).

Asoció con el otro sueño en mi consultorio de un año y medio antes; y subrayó que yo procedía como médico y no había nada erótico; una vez de niño tuvo dolor de barriga y su padre le dijo que se hiciera masajes.

Interpreté que me necesita como padre para aliviar su dolor: siente que yo puedo sacar de su cuerpo con mi mano-pene el aire malo que puso allí el pecho vacío de su madre —que soy yo mismo cuando hablo en vano—. Sugerí reestructivamente que, cuando estuvo a punto de morir de hambre, de alguna forma el padre lo ayudó.

Sin entender lo esencial de la interpretación, acepta que debe existir un deseo homosexual, y se duerme. Interpreto que hizo ahora real el sueño: estamos durmiendo juntos en la cama, y el bebé desnutrido se transforma en la madre embarazada. La interpretación anterior apunta al vínculo de dependencia; esta, a su erotización.

Al año siguiente, cuando lleva cinco de análisis, la mayoría de sus síntomas ha remitido: no aparecen ya sus fantasías coprofágicas, no le hacen agua la boca los olores nauseabundos y no expulsa sus pensamientos, es decir, puede prestar atención y estudiar, si bien con dificultades; su vida sexual se ha regularizado y hasta llega a ser satisfactoria. En el análisis, en cambio, la situación dista de ser fácil. Si bien su olímpico desprecio ya no está, se resiste vivamente a confiar y sus exigencias y rivalidad jaquean continuamente el setting analítico.

Recordó que a los cinco años *sóla jugar con una compañerita a la bailarina y el diablo*. Este juego, que coincide con el momento culminante del complejo de Edipo, tiene que ver con la masturbación frente a la escena primaria y ensambla con un recuerdo encubridor de la misma época: *creía que había diablos y brujas entre su dormitorio y el de los padres*. El demonio es a la vez el hambre de su lactancia, el pene del padre que lo calma o excita y el bebé dentro de la madre que despierta sus celos; en otras ocasiones el demonio era su trasero, el objeto espurio de Money-Kyrle (1971), alternativa del pecho. El juego de la bailarina y el diablo fue interpretado también a lo Rosenfeld (1971), como dos partes de su self: infantil dependiente (bailarina) y narcisista onnipotente (diablo).

Al promediar el quinto año de análisis trajo un sueño importante para evaluar su colaboración. Era un momento en que el tratamiento le interesaba y quería curarse. *Soñé que estaba con Carlos trabajando con entusiasmo sobre filtros de aire. Nos hablamos independizado de la empresa y nos iba muy bien. Hablamos construido el primer filtro absoluto del país y estábamos por fabricar un contador de partículas, que mide la eficacia de los filtros*. Asoció que en el sueño se sentía como si hubiera terminado el análisis curado; su problema sexual no está resuelto; el filtro absoluto esteriliza el aire.

Interpreté el sueño como un deseo de curarse con mi ayuda (Carlos) del aire malo que le provoca meteorismo (alianza terapéutica) y a la vez como un juego sexual masturbatorio entre hermanos, que hace estéril el análisis (pseudoalianza).

El sueño se refiere a un importante progreso: desde su nuevo puesto

de gerente impulsó el filtrado de aire y pronto llegó a ser un renombrado especialista.⁴

Cuando inicia el sexto año de tratamiento se vincula con una mujer que le merece confianza y lo atrae sexualmente, con la que se casa después. Vive esta decisión como un gran logro del análisis. En una sesión en que expresa estos sentimientos aparece el meteorismo. Interpreto que me ve como una madre que lo está pariendo sano y me quiere imitar. El meteorismo cede dramáticamente, y esto le despierta sentimientos contradictorios de confianza y rivalidad. Poco después, en una sesión en que se duerme, sueña que *está con una mujer vieja y mala con pechos vacíos de los que sólo sale aire*.

Al compás de sus progresos su sistema defensivo se hizo poco menos que impenetrable: se autointerpreta, se duerme cuando yo hablo, repite en voz alta mi interpretación con lo que pasa a ser suya, etcétera; frecuentemente me interrumpe y completa por su cuenta lo que yo iba a decir. Es ahora el ejemplo cabal del paciente de difícil acceso (Betty Joseph, 1975).

Como sus síntomas abdominales arrecian, consulta a un clínico que promete curarlo en una semana. Esto lo alegró porque iba a demostrar que yo estaba equivocado; pero tampoco al clínico le dio la satisfacción de curarlo. En la sesión anterior yo había vuelto a interpretar su meteorismo como embarazo, sin que me escuchara. Esta vez tuvo que reconocer, sin embargo, que su esposa tenía un pequeño atraso menstrual, pensó que estaba embarazada y sintió celos del niño, como yo le había interpretado días atrás.⁵

El modelo del meteorismo como identificación con la mujer embarazada aparecía ahora vinculado más a la envidia que a los celos. Quiere ser él —le digo— quien tenga el niño, pero sin ser fecundado por mis interpretaciones. Responde con asombro que ha disminuido su tensión abdominal y que desapareció el meteorismo.⁶

En esta época tuvo un sueño muy significativo. Llega con meteorismo y molestias abdominales, mientras continúa la amenorrea de su mujer. *Soñé que tenía el auto descompuesto y lo llevaba al taller. Decían que el compresor andaba mal y habla que revisarlo a fondo para ver si era grave. Me llamaba la atención porque mi auto no tiene compresor. Pensaba que sería algo muy grave, equivalente a un cáncer.*

Este sueño expresa el conflicto en todos sus niveles: temprano, infantil y actual. El *conflicto actual* del señor Brown es que cree que ha embarazado a su mujer y va a ser padre; esto lo obliga a ser más adulto y responsable. El *conflicto infantil* tiene que ver con el complejo de Edipo y los celos fraternales. Esta vez recordó los vivos sentimientos de desolación de sus cinco años cuando nació su (única) hermana. Por último, el

⁴ A este punto me refería al hablar de sus sublimaciones.

⁵ Este aparente insight muchas veces sólo significaba que él (y no yo) era quien lo decía.

⁶ Para comprender lo inexpugnable de su sistema defensivo téngase presente que la interpretación fértil de este momento puede transformarse después en un bla-bla-bla que le lleve otra vez el abdomen de gases (embarazo imaginario).

conflicto temprano aparece prístinamente expresado por el compresor, pecho introyectado que insufla aire en lugar de alimentar.

Su meteorismo como embarazo de aire se representa por partida doble: por el compresor y porque piensa que su auto no lo tiene. Esta doble representación conviene también al embarazo de su mujer, imaginario porque no está confirmado y por su ambivalencia; a la vez que simboliza la pseudociesis del señor Brown, con un compresor (útero) que no existe en su cuerpo de varón.

En cuanto representación del proceso analítico, el sueño muestra con descarnada precisión el momento que cursa: estamos investigando algo que no existe, que sólo es aire, palabras que se lleva el viento; y que, sin embargo, es grave como un cáncer. El proceso analítico estaba detenido, no tenía profundidad y se había transformado en un juego sexual perverso (*froteur*), a pesar de todos mis esfuerzos. Carentes de significado emocional, las interpretaciones eran agua o aire que hinchaban el vientre del bebé y lo condenan a morir de hambre. No podría emplearse nunca con más dolorosa propiedad la expresión popular «hablar al cuete». Durante este período no sólo se identificaba con la madre embarazada y el bebé desnutrido: con frecuencia proyectaba al bebé muerto de hambre en el analista, y yo me sentía entonces desvalido y desalentado, a veces con somnolencia.

Es importante señalar que esta *impasse* repite con sorprendente claridad el conflicto de la lactancia, mientras que el conflicto edípico se recuerda y revive en otro nivel de comunicación. Se aprecian así dos formas de organización, neurótica y psicótica (Bion, 1957). El conflicto neurótico contiene la situación triangular de un niño de cinco años celoso por el nacimiento de una hermana, la intensa angustia frente a la escena primaria a través del recuerdo encubridor de las brujas y los demonios, la masturbación infantil (el diablo y la bailarina) y los juegos sexuales con sirvientas y compañeritas —que recordó ahora vivamente—.

El conflicto con el pecho se expresa de otro modo, con un lenguaje de acción, sin representaciones verbales ni recuerdos; y lo mismo el complejo de Edipo temprano (Melanie Klein, 1928, 1945). El análisis los alcanza, sin embargo, si bien los avatares de la técnica son otros, y el analista, en el vórtice de la repetición, se ve transformado en el pecho vacío que insufla flatos a su bebé-paciente. Que sea este un proceso muy doloroso para el analista, no desmerece para nada la belleza de nuestro método, la confiabilidad de nuestras teorías.

A los fines de este capítulo importa que el conflicto temprano encuentra diversas formas de expresión que muestran su coherente unidad con la vida y la historia: el adulto que consultó por aerofagia es el niño del período de latencia que se impresiona por el relato del bebé alimentado con agua y oye contar la historia de su desafortunada lactancia, tanto como el lactante que creyó recibir aire (flatos) en lugar de alimento, el hombre de las fantasías coprofágicas que confunde heces con comida y eructos con palabras, el especialista en filtrado de aire.

En la unidad de esta historia apoya nuestra tesis de que las experiencias tempranas dejan su marca y se expresan luego fidedignamente en las ideas latentes de los mitos familiares y las fantasías del sujeto, en recuerdos encubridores y rasgos de carácter no menos que en los síntomas y la vocación.

La otra tesis es que estas experiencias tempranas son accesibles a la técnica psicoanalítica clásica, si bien resolverlas es sumamente difícil.

La mayoría de los psicólogos del yo piensa que los conflictos tempranos no son analizables. Elizabeth R. Zetzel (1968) afirma que sólo si se resolvieron los conflictos diádicos con la madre y el padre separadamente pueden delimitarse la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica, condición necesaria de analizabilidad. Si bien acabo de decir que las relaciones tempranas son analizables, comparto en la práctica las prevenciones de la psicología del yo, sin dejar de pensar que en *todo* paciente aparecen conflictos tempranos y mecanismos psicóticos.

Otros autores, en cambio, consideran analizables los conflictos tempranos variando la técnica. Si está afectado el desarrollo emocional primitivo, dice Winnicott (1955), el trabajo analítico debe quedar en suspenso, «*management being the whole thing*» (pág. 17). Anteriormente, la escuela de Budapest había sostenido ideas similares a partir de la técnica activa de Ferenczi (1919b, 1920) y de su teoría del trauma (1929, 1931, 1932) que inspira el *new beginning* de Balint (1937, 1952) para dar cuenta del amor objetal primario. En esta línea se ubican Annie y Didier Anzieu (1977), para quienes las fallas graves del desarrollo exigen cambios técnicos, porque sólo experiencias concretas las pueden paliar: en cuanto acto específicamente simbólico, la interpretación nunca puede llegar a lo que no se ha simbolizado.

Estos argumentos tienen el definido apoyo del sentido común; sin embargo, la historia de la ciencia muestra que el sentido común puede extrañarnos. En el caso presentado, una experiencia altamente traumática de los primeros meses de la vida se incorporó a la personalidad del paciente y adquirió un valor simbólico, al que pudimos llegar con la interpretación. Es que el lactante de dos meses que «no puede entender nuestro lenguaje» es parte de un niño y un adulto que nos comunican con él.

El corolario es que no necesité dar a este paciente la oportunidad de regresar. Volvió a vivir plenamente en el setting analítico clásico su conflicto de lactante, sin ningún tipo de terapia activa o regresión controlada. Como analista apliqué con rigor mi método y, cuando por error lo abandoné, traté de recuperarme a través del análisis silencioso de mi contratransferencia, sin concesiones para mis desaciertos.⁷

Corresponde discutir, por fin, la evaluación teórica de las experiencias traumáticas de la infancia. En el caso expuesto aparece una situación ambiental que puso realmente en peligro la vida del sujeto; y, sin embar-

⁷ Mi tolerancia en el pago podría considerarse un parámetro (Eissler, 1953); pero no fue algo que yo introduje, y lo analicé como otro síntoma cualquiera.

go, si vamos a seguir utilizando consecuentemente la teoría de la transferencia para comprender el pasado, debemos advertir que las cosas no son sencillas. En la repetición transferencial encontramos un bebé-paciente que opera continuamente sobre el padre y el pene, la madre y el pecho, la escena primaria. Se dirá, y con razón, que lo hace para transformar en activa aquella experiencia catastrófica; pero ¿puede esto excluir una acción más compleja entre el niño y los padres? Así como se duerme en la sesión para no recibir la interpretación, pudo haberse dormido sobre el pecho, condicionando en parte la agalactia. Esta hipótesis es lógica y nada hay en el material que la refute. No digo que con esto quede apoyada la teoría de la envidia primaria de Melanie Klein (1957), porque podrían ofrecerse otras explicaciones igualmente atendibles; pero sí pienso que el conflicto se da siempre entre el sujeto y el medio humano con que interactúa, a modo de las series complementarias de Freud (1916-17). Mirsky *et al.* (1950, 1952) demostraron que la alta concentración de pepsinógeno de algunos lactantes gravita en que se sientan insatisfechos y condiciona el tipo de madre rechazante descrito por Garma (1950, 1954). Como dice Brenman (1980), el «complejo de Edipo» de Edipo debe entenderse como la resultante de sus propias tendencias edípicas y del ambiente (el abandono de sus padres, los cuidados vicariantes de los reyes de Corinto, etcétera).

A pesar de las advertencias de Freud (1937d), a menudo se confunde la verdad histórica con la material. La *verdad material* son los hechos objetivos que tienen infinidad de variables y consiguientemente de explicaciones. Lo que es accesible al método psicoanalítico es la *verdad histórica* (realidad psíquica), que es la forma en que cada uno de nosotros procesa los hechos. Por esto creo que es mejor hablar de realidad psíquica y realidad fáctica como hace Freud en el *Proyecto* de 1895 (1950a) y en el cuarto ensayo de *Totem y tabú* (1912-13) o de realidad y fantasía siguiendo a Susan Isaacs (1943) y Hanna Segal (1964a).

El informe que da un paciente de sus situaciones traumáticas y en general de su historia es una versión personal, un contenido manifiesto que se debe interpretar, y que de hecho cambia en el curso del análisis.

Hemos visto que, al levantarse el bloqueo afectivo, el señor Brown modificó la versión del trauma de su lactancia. Dos años después del sueño del compresor, cuando la *impasse* había cedido y el análisis se encaminaba a su terminación, sobrevino un nuevo cambio. En esa época el analizado, más conciente de su avidez y desconsideración, tenía cansarme. De regreso de las vacaciones soñó *que tenía juegos sexuales con una joven: le daba un beso, y la lengua de la chica creciendo enormemente permanecía en su boca al separarse*. Interpreté que erotiza el vínculo analítico negando la separación de las vacaciones, y agregué que la lengua de la chica era mi pezón complaciente que le permite estar siempre prendido al pecho, para que no se repita su catastrófico destete. Comentó con preocupación su nuevo atraso en el pago y recordó de pronto que *el trastorno en su lactancia no fue que su madre perdió la leche y que él pasó hambre hasta que empezaron a darle el biberón sino justamente al revés:*

fue con el biberón que pasó hambre porque le daban menos ración que la ordenada por el médico. Esta nueva versión responde, a mi entender, a un cambio estructural: ahora hay un pecho bueno que alimentó y un biberón malo; y el padre (médico) es una figura protectora, como se insinuaba en un material anterior.⁸

El análisis no se propone corregir los hechos del pasado, lo que por lo demás es imposible, sino *reconceptuarlos*. Si lo logra y el paciente mejora, la nueva versión es más ecuánime y serena, menos maniqueísta y persecutoria. El sujeto se reconoce actor, agente además de paciente; aprecia en los otros mejores intenciones, no sólo negligencia y mala fe; la culpa queda más repartida; se asigna un papel mayor a las inevitables adversidades de la vida.

Cada uno de nosotros guarda un conjunto de informes, recuerdos y relatos que, a modo de mitos familiares y personales, se procesan en una serie de *teorías*, con las que enfrentamos y ordenamos la realidad, así como nuestra relación con los demás y con el mundo. Empleo la palabra «teoría» en sentido estricto, una hipótesis científica que pretende explicar la realidad y que puede ser refutada por los hechos, como enseña Popper (1962); y que, a mi juicio, coincide con el concepto psicoanalítico de fantasía inconciente. La neurosis (y en general la enfermedad mental) puede definirse desde este punto de vista como el intento de mantener nuestras teorías a pesar de los hechos que las refutan (vínculo menos K de Bion, 1962b); y lo que llamamos en la clínica *transferencia* es el intento de que los hechos se adecuen a nuestras teorías, en lugar de testear nuestras teorías con los hechos.

El proceso psicoanalítico se propone revisar las teorías del paciente y hacerlas a la par más rigurosas y flexibles. Esto se alcanza con la interpretación y especialmente con la interpretación mutativa (Strachey, 1934), en que se unen por un momento el presente y el pasado para demostrarnos que nuestra teoría de considerarlos idénticos era equivocada.

El sueño «*Non vixit*» y el psiquismo temprano

En los últimos años, varios autores han descubierto que uno de los sueños de Freud en *La interpretación de los sueños* puede servir para ilustrar el tema de las reconstrucciones preedípicas. Se trata del que transcurre en el Laboratorio de Fisiología del profesor Ernest Brücke y que en la jerga psicoanalítica se conoce como el sueño «*Non vixit*». Freud lo analiza cuando habla del valor de las palabras en el sueño en el capítulo VI y vuelve a él más adelante. Los personajes principales son Ernst Fleischl von Marxow y Josef Paneth, dos compañeros de Freud en el Laboratorio, y su gran amigo Fliess. El texto del sueño es el siguiente:

⁸ Tres años después de terminado el análisis, en una entrevista de seguimiento, cambió una vez más el recuerdo y dijo que *pasó hambre con el biberón porque la dosis indicada por el médico era insuficiente*, incorporándose tal vez una queja por la terminación del análisis.

«He ido de noche al laboratorio de Brücke y abro la puerta, después que golpearon suavemente, al (difunto) profesor Fleischl, quien entra con varios amigos y luego de algunas palabras se sienta a su mesa. Sigue otro sueño: Mi amigo Fl. (Fliess) ha llegado a Viena en julio, de incógnito; lo encuentro por la calle en coloquio con mi (difunto) amigo P., y voy con ellos a alguna parte, donde se sientan a una pequeña mesa frente a frente, y yo en la cabecera, sobre el lado más angosto de la mesita. Fl. cuenta acerca de su hermana y dice: "En tres cuartos de hora quedó muerta", y después algo como "Ese es el umbral". Como P. no le entiende, Fl. se vuelve a mí y me pregunta cuánto de sus cosas he comunicado entonces a P. Y tras eso yo, presa de extraños afectos, quiero comunicar a Fl. que P. (nada puede saber porque él) no está con vida. Pero digo, notando yo mismo el error: "Non vixit". Miro entonces a P. con intensidad, y bajo mi mirada él se torna pálido, difuso, sus ojos se ponen de un azul enfermizo... y por último se disuelve. Ello me da enorme alegría, ahora comprendo que también Ernst Fleischl era sólo un aparecido, un resucitado, y hallo enteramente posible que una persona así no subsista sino por el tiempo que uno quiere, y que pueda ser eliminada por el deseo del otro» (AE, 5, págs. 421-2).

Por diversas circunstancias bien establecidas y que no es del caso aclarar, puede asegurarse que este sueño tuvo lugar *circa* del 30 de octubre de 1898, en medio de varios acontecimientos significativos.

El 23 de octubre, por de pronto, se habían cumplido dos años de la muerte de Jakob Freud y unos días antes, el 16 de octubre, había tenido lugar en el peristilo de la Universidad un homenaje a Fleischl, a cuya memoria se erigió un busto. En esa oportunidad Freud recordó no sólo a ese gran amigo y bienhechor suyo sino también a otro que lo ayudó, Joseph Paneth. Si Paneth no hubiera muerto prematuramente, pensó, también él tendría su monumento en el peristilo.

Cuando Freud renunció al Laboratorio en 1882, Paneth fue justamente el que ocupó el cargo; pero su promisorio carrera científica se tronchó cuando murió de tuberculosis en 1890, un año antes que Fleischl.

Otro acontecimiento no menos importante era que en esos días Fliess se sometió en Berlín a una operación quirúrgica y Freud estaba realmente preocupado porque los primeros informes, que le llegaron por los suegros de Wilhelm, no eran muy halagüeños. Freud se había sentido además muy ofendido porque los familiares del enfermo le habían recomendado no comentar las noticias, como si dudaran de su discreción. Freud reconocía, sin embargo, que en una ocasión había cometido una indiscreción con Fleischl y otro Joseph (seguramente Breuer), y por eso se sentía más molesto por esta recomendación.

Rosa, la hermana de Freud, tuvo familia el 18 de octubre y a fines de agosto nació una hija de Fliess, que se llamó Pauline como una hermana de Wilhelm que murió joven. Al felicitarlo por ese grato acontecimiento, Freud le dijo que la nueva Pauline sería pronto la reencarnación de la di-

funta. (Pauline se llamaba también la sobrina de Freud, hija, como John [Hans], de Emmanuel.)

Freud recordó que las palabras «non vixit» figuraban en el pedestal del monumento al emperador José. Al compararlo con el José emperador y con el colega homenajeado, Freud levantaba entonces un monumento a su amigo Joseph Paneth, a quien al mismo tiempo, mataba en el sueño con la mirada. Freud recordó que alguna vez Paneth dio muestras de impaciencia esperando la muerte de Fleischl para ocupar su puesto, pero su mal deseo no se realizó, ya que murió antes. Cae aquí Freud en la cuenta de que sus encontrados sentimientos por su amigo pueden resumirse en una frase como esta: «Porque era inteligente lo honro, porque era ambicioso lo maté», igual en su estructura a la que dice Bruto luego de asesinar a Julio César.

A partir de estos elementos Freud puede hacer una primera interpretación del sueño: concluye que los aparecidos (*revenants*) del sueño, Fleischl y Paneth, fueron sus rivales en el Laboratorio de Fisiología, como su sobrino John fue su rival en la infancia. Como es sabido, este fue el inseparable compañerito de juegos de Sigmund hasta los tres años, cuando Emmanuel Freud y familia salieron de Leipzig para Manchester.

Una coincidencia, que Freud recuerda de inmediato, viene a prestar apoyo a esta interpretación, y es que cuando Freud tenía 14 años vino Emmanuel con su familia de visita a Viena y entonces Sigmund y Hans representaron en un auditorio infantil a Bruto y César, tomados de una obra de Schiller. «Desde entonces mi sobrino John —dice Freud— encontró muchas encarnaciones que revivían ora este aspecto, ora estotro, de su ser fijado de manera indeleble en mi recuerdo inconciente» (*AE*, 5, pág. 425). Freud afirma categóricamente que su relación infantil con John fue determinante para todos sus sentimientos posteriores en el trato con personas de su edad (*ibid.*, págs. 424-5).

Lo que no dice Freud en su penetrante interpretación, pero sí Anzieu (1959), Grinstein (1968), Schur (1972), Julia Grinberg de Ekboir (1976) y Blum (1977) es que Freud tuvo un hermanito que se llamó Julius. Este niño nació a fines de 1857 y murió el 15 de abril de 1858, cuando Sigmund estaba por cumplir los 2 años (el 6 de mayo).

A partir de este hecho se aclaran algunos enigmas del sueño y ciertos datos biográficos de Freud, así como también el alcance de las reconstrucciones preedípicas, que es lo que a nosotros nos interesa en este momento.

Es singular que en las cartas heroicas del verano de 1897 (es decir un año antes del sueño «Non vixit»), cuando Freud le comunica a Fliess el descubrimiento del complejo de Edipo habla de Julius, John y Pauline; pero un año después Julius queda olvidado por completo y para siempre. En la Carta 70 del 3 de octubre de 1897 Freud recuerda a su hermano y sus sobrinos sin nombrarlos en estos términos: «...que luego (entre los dos años y los dos años y medio) se despertó mi libido hacia *matrem*, y ello en ocasión de viajar con ella de Leipzig a Viena, en cuyo viaje pernoctamos juntos y debo haber tenido oportunidad de verla *nudam* (tú hace tiempo has extraído la consecuencia de ello para tu hijo, como me lo

dejó traslucir una observación tuya); que yo he recibido a mi hermano varón un año menor que yo (y muerto de pocos meses) con malos deseos y genuinos celos infantiles, y que desde su muerte ha quedado en mí el germen para unos reproches. De mi compañero de fechorías cuando yo tenía entre uno y dos años, hace mucho que tengo noticia: es un sobrino un año mayor que yo que ahora vive en Manchester, nos visitó en Viena cuando yo tenía 14 años. Parece que en ocasiones ambos tratábamos cruelmente a mi sobrina, un año menor que yo. Ahora bien, este sobrino y este hermano mío menor comandan lo neurótico, pero también lo intenso en todas mis amistades. Tú mismo has visto en flor mi angustia a viajar» (AE, 1, págs. 303-4).

En este párrafo Freud describe por primera vez el complejo de Edipo y lo hace sobre la base de su propia historia, dejándolo enlazado a sus celos infantiles y a la culpa por sus deseos hostiles contra el hermanito recién nacido.

El asesinado en el sueño, pues, no es sólo John sino también Julius y a él se aplica más estrictamente «non vixit» (no vivió) que a John o a cualquier otro. Puede deducirse también, como hacen todos los autores mencionados, que Fliess, nacido en 1858, y Paneth, que era, como Julius, de 1857, representaban más al hermano que al sobrino. Freud atribuye su lapso en el sueño cuando dice «non vixit» en lugar de «non vivit» (no vive) a su temor a llegar a Berlín para recibir la ingrata nueva de que Wilhelm no vive ya, y lo asocia con sus llegadas tarde al Instituto de Fisiología, cuando tenía que soportar la mirada penetrante y reprobatoria de los ojos azules del gran Brücke, que lo aniquilaban.

Max Schur señala con precisión que el conflicto actual del sueño «Non vixit» es la operación de Fliess y la creciente ambivalencia de Freud frente a su amigo y su regocijo por sobrevivirlo quedando dueño del terreno frente a la fantasía de su muerte, como de veras sucedió al morir Julius. Schur sostiene que Freud presta atención al material infantil en su interpretación no sólo por sus intereses teóricos del momento sino también para eludir el conflicto actual con Fliess. «El trabajo del sueño —dice Schur— puede operar genéticamente en dos direcciones —del presente al pasado y viceversa—» (1972, pág. 167).

Siguiendo esta línea de pensamiento, quiero sugerir que el *conflicto infantil* de Freud con John y Pauline sirve, a su vez, para evitar el *conflicto temprano* con Julius, empleando estos términos en la forma que propuse al comienzo de este capítulo.

En este punto creo que se confirma una de las tesis de mi recién reproducido trabajo de Helsinki, la de que el conflicto temprano y el conflicto infantil aparecen unidos en una misma estructura y que aquel puede ser recuperado en la transferencia.

Cuando Harold Blum (1977) retoma este tema en un trabajo excelente, «The prototype of proedipal reconstruction», explica el conflicto preedípico de Freud con la perspectiva del período de reaceramiento de Margaret Mahler (1967, 1972a, 1972b), la tercera subfase de la etapa de individuación y separación, que es entre los 18 y los 24 meses. Sigmund cursó

esa etapa justamente los meses en que vivió Julius. De esta forma, a partir de los instrumentos teóricos de la psicología del yo, se pueden explicar no sólo el desarrollo temprano sino también los fenómenos trasferenciales que corresponden a esa época. Freud mismo ha reconocido más de una vez, y lo hace precisamente en sus comentarios de este sueño, que todos sus conflictos adultos con sus pares estuvieron siempre vinculados a su sobrino John (y nosotros podemos agregar ahora a su hermano Julius). El trabajo de Blum estudia penetrantemente los sentimientos del niño en esa difícil etapa del desarrollo y subraya la importancia crucial de la relación del niño con la madre, y más todavía en el caso especial de Freud, con una madre que está cursando el duelo por su hijo Julius, mientras espera a Anna, que nace en diciembre de 1858.

Al destacar el valor demostrativo de este sueño, Blum afirma que la reconstrucción de los estados preedípicos es posible, y lo atribuye al genio de Freud. En este punto, sin embargo, creo que Blum le otorga a Freud méritos que en rigor le corresponden a Melanie Klein: fue ella quien insistió denodadamente en que el complejo de Edipo se inicia mucho antes de lo que dice la teoría clásica, sin ser nunca escuchada por el creador; y ella, también, la que antedató drásticamente los orígenes del superyó, señalando el inmenso sentimiento de culpa del niño pequeño por sus ataques sádicos al cuerpo de la madre y sus contenidos, bebés, penes y heces. ¡Sorprende de veras advertir, por otra parte, que el descubrimiento del complejo de Edipo de Freud por Freud corresponde estrictamente al Edipo temprano de Melanie Klein!

Si como dije hace un momento siguiendo el hilo del pensamiento de Schur, la reconstrucción del desarrollo infantil con John y Pauline sirve para reprimir el desarrollo temprano de Freud, donde el conflicto de celos con Julius (y poco después con Anna) ocupa un lugar principal, entonces se puede suponer válidamente que la teoría del complejo de Edipo de Freud sufre por estas razones y de allí que peque de cierta rigidez. Si no fuera por esas dificultades personales, es probable que el creador no hubiera necesitado recurrir a su complicada teoría del *après-coup* para explicar la escena primaria del «Hombre de los Lobos», a los 18 meses.

El sueño «Non vixit», por último, apoya además, sorprendentemente, la teoría de Meltzer (1968) sobre el terror que producen los bebés muertos en la realidad psíquica, que reaparecen como *revenants*, como fantasmas.

29. Metapsicología de la interpretación

De acuerdo con la más clásica definición psicoanalítica, la interpretación es el instrumento para hacer consciente lo inconciente, lo que por otra parte coincide con la teoría de la curación. Si bien en principio preferimos definir la interpretación sin basarnos en la teoría del inconciente para que conviniera a todas las escuelas de psicoterapia mayor, no dudamos ni por un instante de que la escueta fórmula freudiana resulta inobjetable.

La interpretación, pues, busca hacer consciente lo inconciente; pero, en cuanto aceptamos esta formulación, se nos plantea el problema de ver en qué sentido usamos la palabra inconciente. Porque lo inconciente tiene diversas acepciones, que marchan al compás de la metapsicología y amplía su alcance con los puntos de vista de la metapsicología.

1. Tópica y dinámica de la interpretación

La terapia catártica, que buscaba ampliar la conciencia vía sueño hipnótico, está signada fundamentalmente por el punto de vista *tópico* (o topográfico) de lo que después va a ser la metapsicología, si bien Breuer y Freud advirtieron desde el primer momento que la descarga de efecto (esto es lo económico) era fundamental para el logro de los resultados buscados.

Al abandonar el método catártico y descubrir el conflicto dinámico de las fuerzas inconcientes Freud pudo comprender que el pasaje topográfico de un sistema a otro no es suficiente para obtener resultados, y así apareció el punto de vista *dinámico* que atiende a la acción de la resistencia. Este paso, que es por cierto fundamental, Freud lo explicita en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c). Recuerda allí que en los primeros tiempos de la técnica analítica lo guiaba una actitud mental intelectualista que le hacía creer muy importante que el paciente alcanzara el conocimiento de lo que había olvidado por represión. Los resultados obtenidos de esa forma eran por completo desalentadores. Esto es, al transmitirle al paciente noticias de los traumas infantiles obtenidos por la anamnesis de los familiares, la situación no variaba y el paciente se conducía como si no supiera nada nuevo. Relata Freud el caso de una muchacha histérica cuya madre le reveló una vivencia homosexual, sin duda determinante de los ataques de la enferma (AE, 12, pág. 142). La madre misma había sorprendido la escena, que se desarrolló en los años inmediatos a la pubertad y fue por completo olvidada por la enferma. Cuan-

do Freud repetía el relato de la madre a la muchacha lo que obtenía no era que esta recordara sino que cayera en un nuevo ataque histérico, hasta el punto que terminó en un cuadro de amnesia y pérdida total de la memoria. Y aquí agrega Freud: «Fue preciso entonces quitar al saber como tal el significado que se pretendía para él, y poner el acento sobre las resistencias que en su tiempo habían sido la causa del no saber y ahora estaban aprontadas para protegerlo. El saber conciente era sin duda impotente contra esas resistencias, y ello aunque no fuera expulsado de nuevo» (*ibid.*).

En los escritos técnicos Freud insiste en que el tratamiento debe procurar la expresión de lo reprimido a través del vencimiento de la resistencia y señala una y otra vez que el análisis debe partir siempre de la superficie psíquica. Así por ejemplo, en «El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis» (1911e) dice que la interpretación de los sueños debe subordinarse a las normas generales del método, porque «para el tratamiento es del máximo valor tomar noticia, cada vez, de la superficie psíquica del enfermo, y mantenerse uno orientado hacia los complejos y las resistencias que por el momento puedan moverse en su interior, y hacia la eventual reacción conciente que guiará su comportamiento frente a ello» (*AE*, 12, pág. 88). Esta meta terapéutica, sentencia Freud, nunca debe ceder su lugar al interés por la interpretación onírica.

2. El punto de vista económico

En la segunda mitad de la década del veinte el Seminario de Técnica Psicoanalítica que dictaba Wilhelm Reich en Viena inicia una revisión que pronto habría de cristalizar en cambios significativos. Esa gran apertura se hizo con la llave del factor energético, esto es, el punto de vista económico, que integraba el trípode metapsicológico de la primera tópica de 1915.

La investigación de Reich se apoya sin duda en los numerosos e importantes trabajos que para esa época habían escrito Abraham, Jones y Ferenczi sobre caracterología psicoanalítica, en especial el de Abraham, «Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico» (1919a).¹ Coincido con Robert Fliess (1948) quien, al presentar los trabajos de Reich y luego de recordar los aportes de Freud a la caracterología psicoanalítica, subraya que las premisas en que Reich va a basar su análisis del carácter están contenidas en el trabajo de 1919 recién citado (Fliess, 1943, págs. 104-5).

Hay enfermos —dice Abraham— que no cumplen con la regla fundamental ni tampoco con las otras normas del encuadre, hasta el punto de que no parecen entender que han venido al tratamiento para curarse. Este recalcitrante incumplimiento se trasforma en la palanca de acceso a estos casos, donde se descubren acusados rasgos caracterológicos vincula-

¹ Sobre este trabajo volveremos al hablar de la reacción terapéutica negativa.

dos a la rebeldía, la envidia y la omnipotencia. Son pacientes que tienen una permanente actitud de desobediencia y provocación, aunque a veces su resistencia se oculta detrás de una apariencia de buena voluntad. Son particularmente sensibles a todo lo que pueda lesionar su amor propio, es decir que son narcisistas; y esto los lleva, por una parte, a identificarse con el analista y, por otra, a desear superarlo, con lo que pierden de vista el objetivo del tratamiento. En su afán de rivalizar suelen recurrir entre otras tácticas a un autoanálisis que tiene un claro contenido de rebeldía masturbatoria. Abraham termina su trabajo señalando que la fingida complacencia con que estos pacientes encubren su resistencia los hace de difícil acceso.

3. La transferencia negativa latente

En junio de 1926 Reich presentó el primero de una serie de trabajos fundamentales en el Seminario de Viena. Se titula «Sobre la técnica de la interpretación y el análisis de la resistencia» y apareció en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* el año siguiente; es el capítulo tercero del *Análisis del carácter* (1933). Reich empieza recordando las dificultades del período de apertura del análisis y señala que con frecuencia se pasa por alto la transferencia negativa oculta detrás de las actitudes positivas convencionales y de esta manera se llega casi invariablemente a una situación caótica, donde el paciente ofrece material de distintos estratos y gira en un círculo vicioso.²

La *transferencia negativa latente* es la clave de este trabajo de Reich. Se presenta con frecuencia y con frecuencia se la pasa por alto. La transferencia negativa, latente o manifiesta, en general no se analiza, afirma Reich.

Otro punto de vista que introduce Reich en este artículo es que deben evitarse al comienzo las interpretaciones profundas, en particular las simbólicas, y hasta llega a decir que a veces es necesario suprimir el material profundo que aparece demasiado pronto (1933, pág. 38).

La transferencia negativa latente lleva de la mano a prestar máxima atención a la *primera resistencia transferencial*. Se la observa a veces directamente cuando el paciente afirma que no se le ocurre de qué hablar, como decía Freud en «Sobre la iniciación del tratamiento» (*AE*, 12, pág. 138); otras veces no aparece manifiestamente pero se la puede detectar en la *forma* en que el paciente desarrolla su relación con el analista.

Aun por motivos reales, no neuróticos, es lógico que el paciente tenga al comienzo desconfianza y dificultad para entregarse a la tarea del análisis; y esta actitud, hasta cierto punto racional, se transforma en resistencia a poco que el tratamiento empiece a conmover el equilibrio neurótico. La

² Recordemos que Abraham había insistido mucho en la máscara de complacencia de los pacientes que describe.

actitud de confianza y colaboración en el comienzo de un análisis, concluye escépticamente Reich, es necesariamente convencional. En cuanto empezamos a ponerla en duda cambia nuestra visión del período de apertura y se nos hace clara la resistencia de transferencia. (Pensemos, por ejemplo, en la actitud de Freud en el análisis de «Dora».)

De aquí que la primera resistencia trasfereencial sea para Reich la clave, ya que surge de un conflicto real, racional, la natural desconfianza que puede uno tener frente a un extraño, y lleva de la mano a los conflictos profundos en que esta desconfianza se alimenta, en cuanto el analista se define como una persona que está ahí para perturbar el equilibrio neurótico.

Se puede decir, entonces, que la primera resistencia trasfereencial siempre asume un carácter de transferencia negativa (desconfianza), y como esta transferencia negativa por lo general no se exterioriza, no se manifiesta, Reich dice que la primera resistencia trasfereencial configura una *transferencia negativa latente*. Es a partir de ella que se tiene acceso a la estructura caracterológica, porque no se da en los contenidos: en realidad, si se manifestara en los contenidos, ya no sería latente sino patente. Se traduce ora en una actitud de obediencia y franca colaboración, afable y confiada, ora en una actitud formal y cortés, que le dan a uno mala espina, y que entre paréntesis corresponden al carácter histérico y al carácter obsesivo, respectivamente. Estas dos actitudes, y otras que pueden presentarse, se acompañan siempre de algo que las denuncia, y es la falta de afecto, la falta de autenticidad.

De este modo, Reich describe y descubre las resistencias del analizado que no se expresan en forma directa e inmediata, las que se encubren con una actitud de cooperación convencional tras la cual acecha la temida transferencia negativa latente. En los pacientes excesivamente afables, obedientes y confiados (que pasan por buenos pacientes), lo mismo que en los convencionales y correctos y los que presentan bloqueo afectivo o despersonalización es de presumir la transferencia negativa latente.

Para descubrir la primera resistencia trasfereencial Reich se fija, pues, en el *comportamiento* del paciente, y esto lo llevará muy pronto a una teoría general del carácter.

Al analizar estas formas de la transferencia negativa latente, Reich encuentra que son en verdad muy complicadas, descubre que cada una de estas defensas tiene diversos estratos y, justamente, el análisis sistemático de la resistencia permite un acceso ordenado a esos estratos, con lo que se evita la situación caótica. Porque no hay que olvidar que la reflexión de Reich parte de la situación caótica, hecho concreto y ominoso de la praxis de su época (y a veces de la nuestra). Si no respetamos la estratificación de la defensa, vamos a producir algo así como un cataclismo, vamos a tener una zona de fractura, de falla, hablando en términos geológicos.

De esta manera, Reich cambia en este trabajo el concepto de *superficie psíquica*, ya que para él no sólo comprende los *contenidos* más próximos a la conciencia sino también la *forma* en que estos contenidos se ofrecen.

dos a la rebeldía, la envidia y la omnipotencia. Son pacientes que tienen una permanente actitud de desobediencia y provocación, aunque a veces su resistencia se oculta detrás de una apariencia de buena voluntad. Son particularmente sensibles a todo lo que pueda lesionar su amor propio, es decir que son narcisistas; y esto los lleva, por una parte, a identificarse con el analista y, por otra, a desear superarlo, con lo que pierden de vista el objetivo del tratamiento. En su afán de rivalizar suelen recurrir entre otras tácticas a un autoanálisis que tiene un claro contenido de rebeldía masturbatoria. Abraham termina su trabajo señalando que la fingida complacencia con que estos pacientes encubren su resistencia los hace de difícil acceso.

3. La transferencia negativa latente

En junio de 1926 Reich presentó el primero de una serie de trabajos fundamentales en el Seminario de Viena. Se titula «Sobre la técnica de la interpretación y el análisis de la resistencia» y apareció en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* el año siguiente; es el capítulo tercero del *Análisis del carácter* (1933). Reich empieza recordando las dificultades del período de apertura del análisis y señala que con frecuencia se pasa por alto la transferencia negativa oculta detrás de las actitudes positivas convencionales y de esta manera se llega casi invariablemente a una situación caótica, donde el paciente ofrece material de distintos estratos y gira en un círculo vicioso.²

La *transferencia negativa latente* es la clave de este trabajo de Reich. Se presenta con frecuencia y con frecuencia se la pasa por alto. La transferencia negativa, latente o manifiesta, en general no se analiza, afirma Reich.

Otro punto de vista que introduce Reich en este artículo es que deben evitarse al comienzo las interpretaciones profundas, en particular las simbólicas, y hasta llega a decir que a veces es necesario suprimir el material profundo que aparece demasiado pronto (1933, pág. 38).

La transferencia negativa latente lleva de la mano a prestar máxima atención a la *primera resistencia transferencial*. Se la observa a veces directamente cuando el paciente afirma que no se le ocurre de qué hablar, como decía Freud en «Sobre la iniciación del tratamiento» (*AE*, 12, pág. 138); otras veces no aparece manifiestamente pero se la puede detectar en la *forma* en que el paciente desarrolla su relación con el analista.

Aun por motivos reales, no neuróticos, es lógico que el paciente tenga al comienzo desconfianza y dificultad para entregarse a la tarea del análisis; y esta actitud, hasta cierto punto racional, se transforma en resistencia a poco que el tratamiento empiece a conmover el equilibrio neurótico. La

² Recordemos que Abraham había insistido mucho en la máscara de complacencia de los pacientes que describe.

actitud de confianza y colaboración en el comienzo de un análisis, concluye escépticamente Reich, es necesariamente convencional. En cuanto empezamos a ponerla en duda cambia nuestra visión del período de apertura y se nos hace clara la resistencia de transferencia. (Pensemos, por ejemplo, en la actitud de Freud en el análisis de «Dora».)

De aquí que la primera resistencia trasferencial sea para Reich la clave, ya que surge de un conflicto real, racional, la natural desconfianza que puede uno tener frente a un extraño, y lleva de la mano a los conflictos profundos en que esta desconfianza se alimenta, en cuanto el analista se define como una persona que está ahí para perturbar el equilibrio neurótico.

Se puede decir, entonces, que la primera resistencia trasferencial siempre asume un carácter de transferencia negativa (desconfianza), y como esta transferencia negativa por lo general no se exterioriza, no se manifiesta, Reich dice que la primera resistencia trasferencial configura una *transferencia negativa latente*. Es a partir de ella que se tiene acceso a la estructura caracterológica, porque no se da en los contenidos: en realidad, si se manifestara en los contenidos, ya no sería latente sino patente. Se traduce ora en una actitud de obediencia y franca colaboración, afable y confiada, ora en una actitud formal y cortés, que le dan a uno mala espina, y que entre paréntesis corresponden al carácter histérico y al carácter obsesivo, respectivamente. Estas dos actitudes, y otras que pueden presentarse, se acompañan siempre de algo que las denuncia, y es la falta de afecto, la falta de autenticidad.

De este modo, Reich describe y descubre las resistencias del analizado que no se expresan en forma directa e inmediata, las que se encubren con una actitud de cooperación convencional tras la cual acecha la temida transferencia negativa latente. En los pacientes excesivamente afables, obedientes y confiados (que pasan por buenos pacientes), lo mismo que en los convencionales y correctos y los que presentan bloqueo afectivo o despersonalización es de presumir la transferencia negativa latente.

Para descubrir la primera resistencia trasferencial Reich se fija, pues, en el *comportamiento* del paciente, y esto lo llevará muy pronto a una teoría general del carácter.

Al analizar estas formas de la transferencia negativa latente, Reich encuentra que son en verdad muy complicadas, descubre que cada una de estas defensas tiene diversos estratos y, justamente, el análisis sistemático de la resistencia permite un acceso ordenado a esos estratos, con lo que se evita la situación caótica. Porque no hay que olvidar que la reflexión de Reich parte de la situación caótica, hecho concreto y ominoso de la praxis de su época (y a veces de la nuestra). Si no respetamos la estratificación de la defensa, vamos a producir algo así como un cataclismo, vamos a tener una zona de fractura, de falla, hablando en términos geológicos.

De esta manera, Reich cambia en este trabajo el concepto de *superficie psíquica*, ya que para él no sólo comprende los *contenidos* más próximos a la conciencia sino también la *forma* en que estos contenidos se ofrecen.

Para no pasar por alto la transferencia negativa latente Reich propone reglas estrictas al interpretar. Para empezar, hay que partir siempre del análisis de la resistencia, y en especial de la resistencia transferencial; pero, además, hay que tener una táctica en la tarea interpretativa, que debe ser ordenada, sistemática y consecuente.

La interpretación debe ser *ordenada* porque no debe saltar estratos o quemar etapas; no sólo debe empezar por la superficie psíquica, como tantas veces dijo Freud; debe también atender los estratos que se organizan de acuerdo con la evolución de la neurosis. Si en una histérica apareció primero la seducción frente al padre para reprimir (como Dora) la homosexualidad frente a la madre, sería un error interpretar esta antes que aquella. A esto le llama Reich una interpretación ordenada del material.

No basta ser ordenado con la interpretación: hay también que ser *sistemático*, persistir en el orden. Ser sistemático para Reich es no apartarse de un estrato antes de haberlo resuelto.

Reich considera, por fin, que la tarea interpretativa debe ser *consecuente* en cuanto debemos volver al punto de partida ante cada dificultad y no saltar etapas. Lo que quiere decir Reich es que, en general, cuando el paciente enfrenta un nuevo conflicto, recurre a sus viejas técnicas defensivas y a estas debe remitirse en primer lugar el analista. Por supuesto que si uno procede consecuentemente, la duración del análisis de la resistencia va a ser esta vez más breve; pero lo que le importa a Reich es que sólo por este camino vamos a llegar al conflicto que realmente queríamos alcanzar.

4. La resistencia caracterológica

El X Congreso Internacional se realizó en la hermosa Innsbruck en 1927. Allí presentó Reich un nuevo trabajo, titulado «Sobre la técnica del análisis del carácter», que se publicó en el *Internationale Zeitschrift* del año siguiente y constituye el capítulo cuarto de su libro.

En este artículo Reich desarrolla lúcidamente la metapsicología de la interpretación. Señala la importancia del punto de vista tópico con sus estratos inconciente, preconciente y conciente; luego el punto de vista dinámico, que consiste en analizar primero la resistencia para después llegar al contenido; y, por fin, el punto de vista económico, que es el centro de su reflexión. El punto de vista económico se puede definir, en principio, como el orden en que se debe analizar la resistencia.³

El punto de partida de Reich es que el analizado no se presenta accesible de entrada y que de hecho *no* cumple la regla fundamental. Es decir, lo que había observado Abraham en casos particulares (y muy notorios) Reich piensa, con razón, que está presente en *todos* los casos en mayor o menor grado.

³ Como procuro mostrar más adelante, Reich no deja de lado el punto de vista estructural, propio de la segunda tópica.

Ahora bien, hay dos métodos para que el paciente cumpla la regla fundamental: el método *pedagógico* de enseñarle en qué consiste la asociación libre y estimularlo para que la practique y el método *analítico*, que consiste en interpretar el incumplimiento de la regla fundamental como si fuera un síntoma (que lo es). Si se aplica el segundo método, el que propone Reich, y que ya había sugerido Abraham casi diez años antes, se accede de pronto, inesperadamente, al análisis del carácter. Porque el cumplimiento de la regla fundamental tiene que ver con el carácter, algo que subraya claramente Abraham en el trabajo ya citado y en cierto modo también Freud en la conferencia para el Colegio Médico de Viena de 1904.⁴

A diferencia del síntoma, el rasgo de carácter es sintónico, gracias a que está fuertemente racionalizado, y se pone al servicio de ligar la angustia flotante con lo que Reich llama *coraza carácter-muscular*, la expresión de la defensa narcisista.

Es a nivel de las estructuras caracterológicas donde Reich encuentra que están congelados los conflictos, y aquí la palabra congelado expresa plásticamente el factor económico. Porque la energía del conflicto ha quedado ligada a la estructura del carácter y nuestra tarea principal será entonces liberarla. Mientras no consigamos movilizar esa energía las cosas seguirán igual por más que el enfermo adquiera un conocimiento (punto de vista topográfico) y capte el conflicto (punto de vista dinámico), ya que le faltará el motor para el cambio, los impulsos libidinosos absorbidos en la estructura del carácter.

En resumen, lo que hasta ese momento era para Reich el estudio de la resistencia y sus estratos, ahora se transforma en una situación más compleja y más rica, el análisis del carácter. Se puede concluir, pues, que la dificultad para asociar libremente traduce prístinamente la estructura del carácter: lo que antes se llamó análisis ordenado, sistemático y consecuente de la estratificación defensiva se llama ahora análisis del carácter. A partir de este momento, Reich distingue dos tipos de resistencias, las resistencias corrientes o comunes y las resistencias que operan continuamente y ante todos los conflictos y que son las resistencias caracterológicas.

Hay que tener en cuenta que, para esa época, ya algunos autores como Glover y Alexander, apoyados en el escrito de Freud de 1916, «Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico», habían distinguido dos tipos de neurosis, *sintomáticas* y *asintomáticas* o *caracterológicas*.

Reich va a decir ahora, y con razón, que la neurosis de carácter es *previa* a la neurosis sintomática y que el síntoma es sólo una eflorescencia de la estructura de carácter, asienta siempre en el carácter. ¿Qué diferencia habrá, entonces, entre analizar un síntoma y un rasgo de carácter? O, en otras palabras, ¿qué distingue una resistencia cualquiera y una resis-

⁴ Vale la pena destacar en este punto que la alternativa entre métodos analíticos o métodos pedagógicos para realizar la tarea analítica que Reich plantea en el Congreso de Innsbruck, se había discutido en los mismos términos si bien con mayor apasionamiento en el *Simposio sobre análisis infantil* el 4 y el 18 de mayo de ese mismo año (*International Journal*, vol. 8, 1927), en que Melanie Klein llevó a la voz cantante.

tencia caracterológica? La diferencia fundamental, encuentra Reich, es que el rasgo de carácter tiene una estructura mucho más compleja. Originariamente fue un síntoma lo que se ha incorporado a la estructura del carácter a través de identificaciones en el yo y de procesos de racionalización que lo hacen sintónico. Este proceso que lleva del síntoma al rasgo de carácter implica una mayor complejidad en la estructura del aparato psíquico. Si el síntoma está siempre multideterminado, más lo estará entonces el rasgo de carácter.

Este es, pues, el enfoque económico que trae Reich para complementar los otros dos niveles en que un proceso debe hacerse conciente. Sólo si atiende a estos tres factores puede la interpretación ser un arma eficaz para promover los cambios estructurales que el análisis pretende.

5. Los supuestos teóricos de Reich

La tesis principal de la técnica interpretativa reichiana se asienta en dos soportes teóricos, la estasis libidinosa y la teoría del carácter. El concepto de estasis libidinosa pertenece por entero a la teoría de la libido en términos de un proceso evolutivo que, a través de las conocidas etapas, debe conducir a la primacía genital, donde la sexualidad pregenital queda finalmente subordinada a la consecución del orgasmo. La teoría del carácter de Reich sostiene que cada rasgo de carácter es el heredero de una situación de conflicto en la infancia. El desenlace de la neurosis infantil es la constitución de una fobia durante la etapa del complejo de Edipo y, a partir de allí, el yo intenta transformar esa fobia en rasgos egosintónicos que configuran el carácter. Esta teoría del carácter implica que los síntomas de la neurosis del adulto son consecuencia del carácter neurótico y aparecen cuando la armadura caracterológica comienza a resquebrajarse. Apoyado en los recién citados trabajos de Glover (1926) y Alexander (1923, 1927), Reich sostiene, entonces, que la neurosis sintomática es simplemente una neurosis de carácter que ha producido síntomas.

El análisis del carácter requiere, por consiguiente, más habilidad y persistencia que el análisis de los síntomas. Lo que se busca es aislar el rasgo de carácter para que se vuelva egodistónico, y para esto es necesario enlazarlo en todas las formas posibles con el material del paciente y con su historia infantil.

El conjunto de los rasgos de carácter forma para Reich la *armadura caracterológica* o carácter-muscular, que opera como la principal defensa en el análisis. Esta armadura tiene una definida función económica, ya que sirve para dominar tanto los estímulos externos como los internos o instintivos. Freud demostró que los síntomas ligan la angustia libre; Reich aplica el mismo concepto al rasgo de carácter, que al fin y al cabo es un síntoma. La coraza carácter-muscular establece un cierto equilibrio, que el sujeto mantiene por razones narcisísticas, y del cual deriva la resistencia trasferencial.

Dada la persistencia y complejidad de la resistencia caracterológica, Reich insiste siempre en la importancia del orden al interpretar y en cómo seleccionar el material, centrando la tarea en los múltiples significados trasferenciales de las resistencias de carácter. Mientras persistan las resistencias caracterológicas, las interpretaciones profundas deben ser cuidadosamente evitadas. Desde este punto de vista, lo que Reich llama selección del material podría entenderse como una mayor atención al conflicto en la transferencia, o lo que es lo mismo, de la resistencia trasfereencial.

6. Las falencias de la técnica reichiana

La actitud con que Reich analiza el rasgo de carácter es estrictamente analítica. Despojada de todo intento de educar o conducir al paciente, trata de llegar a las raíces infantiles del rasgo de carácter a partir de su significado en el conflicto actual. Sin embargo, la estricta división entre interpretaciones de forma (carácter) y de contenido irroga dificultades teóricas y técnicas de importancia. Reich llega a decir que, en caso de que el material «profundo» insista en aparecer, será legítimo desviar la atención del paciente; y aquí es donde, a mi juicio, se aparta del sano método analítico que él mismo ha defendido con inteligencia.

Las falencias de la técnica de Reich aparecen también, más claramente, en su forma de atacar las defensas caracterológicas que cristalizaron en la coraza narcisística o carácter-muscular. Así por ejemplo, frente a un paciente con pronunciado bloqueo afectivo, Reich lo confronta continuamente, durante meses, con ese rasgo de carácter, hasta que el paciente llega a sentirse fastidiado, y en ese punto cree Reich que empieza a modificarse la situación. La agresión del paciente, sin embargo, está más vinculada a un artefacto de la técnica que a una modificación de la resistencia. Reich lo reconoce sin darse cuenta cuando dice que el análisis consistente de la resistencia provoca siempre una actitud negativa hacia el analista. También tiene algo (o mucho) de artefacto la indignación narcisista del paciente frente a la persistente interpretación de la forma en que habla, de su lenguaje afectado o amanerado, del uso de términos técnicos para ocultar sus sentimientos de inferioridad frente al analista, etcétera. Actualmente sabemos con seguridad que actitudes como estas, vinculadas siempre a situaciones de conflicto profundo, no pueden ser resueltas si no es con interpretaciones que alcancen ese nivel.

Si bien las objeciones que acabo de hacer a Reich en cuanto a los artificios de su procedimiento son a mi juicio bien fundadas, dejan intacto su mérito de haber ampliado el alcance de la interpretación sobre la base de una teoría metapsicológica consistente y perdurable, denunciando al mismo tiempo como no analítica la técnica de utilizar la sugestión, que es siempre un aspecto de la transferencia positiva, para vencer las resistencias. Creo que, en este punto, Reich rectifica y también supera a Freud,

7. El uso de la transferencia positiva para vencer la resistencia

La obra de Reich adquiere su más alta significación, ya lo hemos dicho, cuando denuncia el uso de la transferencia positiva para vencer la resistencia.

En el capítulo II del *Análisis del carácter* (1933), «El punto de vista económico de la terapia analítica», Reich da una visión muy clara de su técnica, que considera un desarrollo lógico del método freudiano del análisis de la resistencia. Lo que agrega Reich es el análisis del carácter como resistencia, que implica pasar del análisis de los síntomas al análisis de la personalidad total.

El punto de vista económico que propone Reich supone incorporar a la técnica el factor cuantitativo, la cantidad de libido que debe ser descargada; y este factor tiene que ver con la economía libidinosa y el concepto de *impotencia orgástica*, que elimina en última instancia la neurosis actual (o de estasis) como núcleo somático de la psiconeurosis.

Este objetivo no puede alcanzarse, afirma Reich, mediante la educación, la «síntesis» o la sugestión, sino exclusivamente resolviendo las inhibiciones sexuales ligadas con el carácter.

Al final del capítulo Reich expone sus divergencias con Nunberg, cuyo libro *Principles of psychoanalysis* se había publicado un año antes, en 1932. Si bien Reich comparte con Nunberg la idea de que los cambios que promueve el análisis deben explicarse en los términos de la teoría estructural, difiere radicalmente en punto a la actividad del analista y en el uso de la transferencia positiva para lograr esos cambios.

La posición de Nunberg se expone en el capítulo XII de su libro, que trata de los principios teóricos de la terapia analítica. El analista debe movilizar contra las resistencias la transferencia positiva. Esto es algo que siempre señaló Freud, y por esto creo que las ideas de Reich cuestionan no sólo a Nunberg sino también al propio creador del psicoanálisis. Reich tiene más mérito de lo que él mismo supone.

Para movilizar las resistencias Nunberg considera que el analista debe infiltrarse en el yo del paciente y destruirlas desde esa posición, logrando así, por fin, reconciliar el ello con el yo.

Reich critica esta postura señalando, con razón, que al comienzo del tratamiento no existe nunca una auténtica transferencia positiva y que, al contrario, es sólo a través del análisis de la transferencia negativa y de las defensas narcisísticas que puede alcanzarse una verdadera transferencia positiva. La relación que pretende Nunberg y que él compara a la de hipnotizado e hipnotizador sólo crea una transferencia positiva artificial, ficticia y peligrosa para la marcha del análisis. Cuando se establece este tipo de transferencia hipnoide lo que hay que hacer, afirma Reich, es desmascararla como resistencia y eliminarla lo antes posible.

La marcha de la cura que describe Nunberg muestra hasta qué punto cree este autor que la solución del conflicto se logra a través de un reforzamiento de la transferencia positiva —y además, agreguemos, narcisística—. A medida que el trabajo progresa, dice Nunberg, el conflicto inter-

no se transforma en un conflicto trasferecial y el paciente adopta una actitud pasiva dejando al analista toda la carga del análisis. Así se llega al punto culminante porque el análisis corre el peligro de fracasar y el analista empieza a desinteresarse del caso. Es para recobrar el amor del analista que el paciente vuelve a tomar parte activa en el trabajo analítico. Reich critica enérgicamente esta visión del trabajo analítico. En total coincidencia con Reich y a la luz de los conocimientos actuales, no vacilo en afirmar que la teoría de la curación de Nunberg asienta en una errónea evaluación del conflicto de transferencia/contratransferencia, que deja intactos los aspectos psicóticos de la personalidad.

8. Aportes de Fenichel

En un artículo que apareció en el *Internationale Zeitschrift* de 1935, Fenichel realiza un estudio crítico de los aportes de Reich a partir de un comentario al trabajo de Kaiser publicado en la misma revista un año antes.⁵

Fenichel expresa en su escrito, como también en su libro de técnica que aparece seis años después, sus acuerdos y sus desacuerdos con Reich y digamos desde ya que son más sus acuerdos que sus desacuerdos.

Es necesario señalar que Fenichel se declara de entrada a favor de la existencia de una teoría de la técnica psicoanalítica y combate las concepciones de Reik (1924, 1933) que, como sabemos, se oponen a cualquier tipo de sistematización de la técnica, reivindicando el valor de la intuición y la sorpresa.

Fenichel toma, pues, partido a favor de Reich, sosteniendo que Reik confunde la naturaleza irracional del inconciente con la técnica para conocerlo. Si el analista sólo puede operar con su intuición, que es por definición irracional, entonces su técnica no puede ser más que un arte, pero nunca una ciencia.

Fenichel considera que el mérito de Reich ha sido prevenirnos contra esa actitud meramente intuitiva basándose en principios metapsicológicos y especialmente económicos. Desde el punto de vista dinámico Fenichel piensa, como Reich, que la interpretación siempre se inicia en lo que está en la superficie psíquica:⁶ las actitudes defensivas del yo siempre son más superficiales que las pulsiones instintivas del ello. En esto reposa la fórmula freudiana de que la interpretación de la resistencia tiene que ir siempre antes que la interpretación del contenido, esto es, el punto de vista dinámico-estructural. Fenichel presta su acuerdo a las ideas de Reich sobre las resistencias caracterológicas y el punto de vista económico. Concluye que los principios de Reich en nada se apartan de los pos-

⁵ El trabajo de Fenichel apareció en inglés, «Concerning the theory of psycho-analytical technique», en sus *Collected papers*, primera serie, cap. 30, y en *Psychoanalytic clinical interpretation*, págs. 42-64.

⁶ Fenichel critica al pasar la técnica de Melanie Klein (1932), que procura un contacto directo con el inconciente.

tulados freudianos, pero les reconoce también originalidad y piensa que son renovadores, en cuanto son más sistemáticos y consistentes que las reglas, más generales, propuestas por el maestro.

Fenichel expresa también diferencias teóricas y técnicas con Reich. En primer lugar, no está de acuerdo con la idea de estratificación del material, que le suena algo esquemática porque no atiende a los detalles. El material está ordenado sólo en forma relativa y no siempre la situación caótica es producto de una técnica inconsistente y errática: hay también situaciones caóticas *espontáneas*, simplemente porque los estratos psicológicos se han roto.⁷ Fenichel expresa su desacuerdo retomando el modelo geológico de los estratos. Todos sabemos sin ser geólogos que la corteza terrestre se ha estructurado a través de sedimentos que se fueron depositando en capas y sabemos, también, que a veces esa disposición queda alterada por movimientos tectónicos, cataclismos que sacuden la estructura. De modo que la confianza de Reich en que las capas de la personalidad que se fueron organizando durante el desarrollo tienen que aparecer una por una es demasiado optimista. Un acontecimiento posterior, un trauma, puede modificar los estratos. Reich podría contestar, por su parte, que esos cataclismos no podrían estudiarse sino a partir de lo que quedó y el psicoanalista, no menos que el geólogo, tendrá que buscar los destruidos estratos sedimentarios en medio de las perturbaciones tectónicas.

Fenichel también critica la excesiva selección del material que propone Reich, si más no fuera porque puede ser que el material subsiguiente demuestre que lo dejado de lado resultó al final lo más pertinente.⁸

Si los sueños nos pueden conducir a interpretaciones de contenido desatendiendo la defensa caracterológica es mejor ignorarlos. Hay, efectivamente, situaciones, responde Fenichel, en que la interpretación del contenido de los sueños está contraindicada por cuanto el hecho mismo de interpretar el sueño tiene un significado especial para el paciente; pero, si no es este el caso, nada hay que pueda ayudar más a la comprensión del paciente, incluso de sus defensas caracterológicas, que el atento y cuidadoso estudio de sus sueños.

Fenichel marca otros dos desacuerdos en cuanto a la técnica del análisis del carácter. En primer lugar cuestiona el dosaje del ataque a la armadura caracterológica, que a veces puede ser muy violento. La interpretación consistente de los rasgos de carácter hiere el narcisismo del paciente más que cualquier otra medida técnica. Coincidimos en esto con Fenichel, y ya denunciábamos esta actitud como un artefacto de la técnica reichiana. El manejo de la coraza caracterológica es agresivo y las palabras que usa Reich son de por sí significativas: ataque, disolución, liquidación, etcétera.

La otra objeción de Fenichel va al corazón del método de Reich,

⁷ Muchos años después, Bion (1957) daría sustento teórico a esta opinión al estudiar la parte psicótica de la personalidad y el ataque al aparato de pensar.

⁸ Estos problemas, que no se solucionan con la técnica de Reich, son los que simultáneamente está tratando de resolver Klein con sus ideas de punto de urgencia e interpretación profunda, según se expone en el capítulo 31.

cuando afirma que el análisis de la armadura caracterológica puede transformarse a su vez en una resistencia. Esto depende de la forma en que puede vivirla el paciente. Por ejemplo, si el paciente siente que el analista está tratando de romper su organización narcisística en términos muy concretos, puede configurarse una fantasía sádico-anal perversa en la transferencia. Recuerdo una anécdota de mi propio análisis con Racker cuando yo le exigía (*sic*) que él interpretara mis resistencias caracterológicas. Racker me interpretó, por supuesto, mi deseo de controlarlo omnipotentemente y de ponerme en su lugar identificado con Reich. También Fenichel pone algunos ejemplos en los cuales el análisis de la defensa caracterológica queda incluido en las maniobras defensivas del analizado, que pretende controlar al analista e inclusive inducirlo a actitudes perversas o psicopáticas.

Un desarrollo singular y extremo del análisis del carácter se encuentra en el estudio de Kaiser (1934), que Fenichel discute en el trabajo que estamos comentando. El razonamiento de Kaiser es lógico y simple (y también simplista). El trabajo del analista es remover las resistencias, dice Freud; por tanto no tenemos que hacer otra cosa que interpretar las resistencias. Si la interpretación de la resistencia es correcta lo reprimido aparecerá espontáneamente, sin necesidad de que nosotros lo llamemos, es decir que nosotros lo convoquemos y lo designemos. Si no sucede así es porque la interpretación ha fallado y habrá que completarla o corregirla. Sin negar que en determinadas circunstancias una interpretación de contenido puede también eliminar represiones, Kaiser cree que desde el punto de vista teórico esto sólo se puede explicar por un efecto colateral, en cuanto una interpretación de este tipo puede llamar la atención del paciente sobre sus resistencias y puede corregirlas. No acepta Kaiser, por cierto, que una idea anticipatoria puede ser operante en el sentido que alguna vez dijo Freud, es decir que cumpla el mismo efecto que la indicación que da el profesor de histología al estudiante que va a ver el preparado en el microscopio. Un impulso reprimido, objeta Kaiser, no está en el sistema *Prcc* y, por tanto, ninguna indicación puede ayudar al sujeto en la búsqueda de algo que no está ubicado en el espacio que le es asequible. Esta idea extrema supone que el sistema *Icc* es impermeable y que de ninguna manera tenemos acceso al impulso: lo único que podemos hacer es dejar que aparezca cuando las condiciones dinámicas se lo permiten. Fenichel rechaza este argumento señalando que las interpretaciones de contenido no designan al impulso inconciente sino a su derivado preconciente. Freud (1915e) nos enseñó que el impulso inconciente produce formaciones sustitutivas usando ideas preconcientes a las que se asocia para así emerger en la conciencia. La defensa del yo opera contra los *derivados* (retoños) de lo reprimido, y el destino de los derivados varía según sea el interjuego dinámico-económico de la fuerza en cada momento: a veces llegarán a la conciencia, otras serán nuevamente reprimidos. Por esto dice Fenichel que el tratamiento analítico puede ser descripto como una educación del yo para que tolere derivados cada vez menos distorsionados. No se trata, pues, concluye Fenichel, de no interpretar nunca el inconcien-

te, porque eso ni siquiera lo podemos hacer: los que están a favor de interpretar los contenidos, entre los que se cuenta el mismo Freud, no pretenden llegar a las pulsiones reprimidas sino a sus derivados preconcientes.

A través de su trabajo interpretativo el analista demuestra al paciente las falencias de su yo en cuanto a la percepción y el juicio de la realidad, de modo que el yo se escinde en una parte observadora y en una parte vivencial que aquella empieza a considerar irracional. De esta forma se produce un cambio en la dinámica de la defensa, según ha descripto Sterba (1929, 1934).

El aporte más importante de Fenichel a la teoría de la técnica es, tal vez, operar con el concepto de derivado y no simplemente de contenido. La introducción de este concepto es de mucho valor, puesto que contribuye a aclarar la diferencia entre represión primaria y represión secundaria o represión propiamente dicha. En la represión primaria (*Verdrängung*, *Urverdrängung*), la representación ideacional del instinto no puede entrar a la conciencia por contracarga; en la represión secundaria (*Nachdrängung*, *Nachverdrängung*) el yo opera por contracarga y por sustracción.

9. El carácter y la teoría de la libido

Los trabajos de Reich vinieron a demostrar el valor de las ideas de Adler en *El carácter neurótico* (1912) a la par que sus limitaciones, en cuanto Adler intentó oponer la teoría del carácter a la teoría de la libido. Siguiendo en este punto los estudios de Freud y sus primeros discípulos, Reich confirma que el carácter es una estructura homeostática y teleológica como lo quería Adler, pero no por ello independiente del instinto: es, al contrario, a partir del control del instinto que se organiza el carácter. El carácter es finalista como dijo Adler, pero se constituye sobre las bases que le dicta la pulsión y esto es lo que Adler nunca pudo aceptar.

En el sistema adleriano la interpretación tiene siempre el objetivo de descubrir la meta final ficticia y deshacer los «arreglitos» que llevan a la neurosis, mientras que la interpretación en psicoanálisis puede ser finalista (teleológica) cuando descubre los recursos homeostáticos a nivel del carácter, pero nunca puede dejar de ser causal al dirigirse a la pulsión.⁹

⁹ Hablamos más definidamente de este tema en el capítulo 26, cuando desarrollamos las ideas de Bernfeld (1932) sobre la interpretación final.

30. La interpretación y el yo

1. La técnica psicoanalítica en crisis

En el capítulo anterior estudiamos con cierto detalle los trabajos de Reich, que culminan con la aparición del *Análisis del carácter* en 1933. Tendremos que volver ahora a ellos para entenderlos como una respuesta a la crisis en que se debatía la práctica del psicoanálisis de los años veinte y que alcanzaba a las dos grandes metrópolis de entonces, Viena y Londres, ya que Berlín había resignado su magisterio después de la muerte irreparable de Abraham en 1925. En este capítulo nos vamos a ocupar de Viena, dejando para el próximo los aportes de la Sociedad Británica.

A partir de 1920 los analistas empezaron a encontrarse con dificultades. Sentían que los principios sentados en los escritos técnicos de la segunda década no bastaban y buscaban algo nuevo. Entre la gente que está en Viena rodeando a Freud antes de que se inicie el sombrío ascenso de Hitler, mucho antes de la diáspora obligada por la ocupación nazi, sobreviene una diáspora teórica y se abren dos caminos. Algunos creen que la crisis a que está enfrentada la técnica del psicoanálisis no se puede resolver sino reviendo sus postulados, creando nuevos soportes teóricos y, consiguientemente, otros instrumentos psicoterapéuticos. Esto se expresa muy claramente en el grupo que forman en 1934 Erich Fromm, Harry Stack Sullivan y Karen Horney para fundar el neopsicoanálisis o psicoanálisis culturalista, como también en el desarrollo del pensamiento de Ludwig Binswanger que en esa época crea el análisis existencial. En cambio, los que consideran válida la doctrina básica del psicoanálisis, es decir, en última instancia, el complejo de Edipo y la teoría de la libido, sostienen que para dar cuenta de los problemas sólo hay que rever los principios de la técnica, que la técnica debe perfeccionarse.

En la década del veinte quizá nada expresa mejor ese momento de crisis que el famoso libro de Ferenczi y Rank *El desarrollo del psicoanálisis*, aparecido en 1923.¹ Ferenczi y Rank se declaran partidarios de una técnica que facilite la expresión del afecto. En aquel momento la alternativa se planteaba entre recordar o repetir en la transferencia, siguiendo el ensayo de Freud sobre el tema. El libro, que despertó controversias y algunas suplicaciones en Abraham y Jones, era un intento de asegurar un desarrollo más vivo del proceso analítico a partir de los instrumentos que en ese momento existían.

¹ No publicado al inglés en 1925.

2. La respuesta de Wilhelm Reich

Cuando Reich plantea el análisis de la resistencia como prioritario al de los contenidos, en principio no hace más que refirmar el postulado freudiano de que hay que partir siempre de la superficie psíquica; pero en dos puntos va más allá de Freud. En primer lugar pone énfasis en la estructura del carácter. Lo que para el Freud de los escritos técnicos era superficie psíquica, y más tarde será yo, para Reich es carácter, no solamente yo sino las *formas operativas* del yo que configuran el carácter. En *El carácter neurótico* (1912) Alfred Adler se había servido del carácter para descartar la teoría de la libido y proponer una psicología teleológica. Ahora el carácter se reintegra a la teoría psicoanalítica gracias principalmente a Reich, sin para nada apartarse de la explicación causal, pulsional, de la teoría de la libido.

Es este un elemento fundamental, que no está formalmente en Freud, ni siquiera en Ferenczi, Abraham y Jones, que hicieron una teoría del carácter pero no una teoría de la *defensa* caracterológica. Eso le corresponde a Reich.

El otro elemento es la sistematización de la técnica. Reich introduce la idea de que no basta la técnica, también hay que tener una estrategia. Esta idea deriva de la otra, porque así como el yo ha ido pergeñando una estrategia defensiva que cristaliza en el rasgo de carácter, el analista tiene que proveerse de una estrategia contrapuesta.

Desde sus primeros trabajos en el seminario de Viena, Reich abogó no sólo por una interpretación ordenada (antes la defensa que el contenido, siguiendo el consejo de Freud), sino también (este es su propio aporte) porque ese tratamiento de la defensa fuera sistemático y consecuente.

3. Por la intuición y la sorpresa

Si dejamos de lado a los que siguen los nuevos caminos del culturalismo y el ontoanálisis, apartados como de hecho están del psicoanálisis y de su técnica que es la materia de nuestro estudio, veremos que la otra respuesta la da Theodor Reik abogando por una técnica que no sea sistemática y se deje llevar por la intuición.

Las ideas principales de Reik pueden leerse en el relato que llevó al Congreso de Wiesbaden de 1932 y publicó en el *International Journal* al año siguiente, que su mismo autor considera su primer trabajo de técnica después de veinte años de práctica.

«La esencia del proceso psicoanalítico —empieza Reik— consiste en una serie de “shocks” que el sujeto experimenta al tomar conocimiento de sus procesos inconcientes, y cuyo efecto se hace sentir mucho después».² Luego de subrayar que llama tomar conocimiento a un fenómeno

² Reik (1933, pág. 322).

no exquisitamente vivencial, afirma que ese «shock» específico del psicoanálisis es la *sorpresa*. La sorpresa consiste, para Reik, en el encuentro, en un momento inesperado o en una inesperada circunstancia, con un hecho cuya expectativa se ha hecho inconciente.³ La sorpresa es siempre la expresión de nuestra lucha contra algo que se nos presenta y que sabemos pero sólo inconcientemente. Yendo concretamente a la experiencia analítica, la lucha contra el reconocimiento de una parte del yo que alguna vez conocimos pero que ahora es inconciente.

El insight más efectivo, dice Reik, es el que contiene este elemento de sorpresa, y la metapsicología de la interpretación reposa en este hecho fundamental.

La interpretación o la reconstrucción del analista no operan solamente desde el punto de vista *topográfico* haciendo conciente lo inconciente. Hay, también, un desplazamiento energético como el que Freud estudió en el chiste (1905c) que tiene que ver con lo *económico*, y, por fin, un efecto *dinámico*, en cuanto el insight permite apreciar al analizado cómo coincide lo que estaba reprimido con la realidad material del momento, cuando el analista pone en palabras lo reprimido.

La sorpresa con que el analizado recibe una interpretación acertada tiene algo de la vivencia mágica al ver que lo esperado aparece efectivamente, en la misma forma en que nos sorprendemos cuando después de haber pensado en un amigo que hace mucho no vemos se nos aparece en la calle. La interpretación produce sorpresa en esta forma, en cuanto es un mensaje concreto que trae a la conciencia del paciente algo con lo que él estaba muy familiarizado: siente que la interpretación coincide con algo que pensaba, aunque no de manera conciente.

Si la interpretación opera de esta forma, debe llegarse a que todo intento de sistematizar la técnica está destinado al fracaso; y más aún, es teóricamente imposible y radicalmente antianalítico. La asociación libre está destinada justamente a crear las condiciones en que el analista promueve con su interpretación ese momento de sorpresa, ese momento en que el analizado reconoce algo con lo cual había estado siempre en contacto pero que nunca se le aparecía, y que ahora le llega desde afuera a través de las palabras del analista.

Theodor Reik decía en este famoso artículo que la interpretación psicoanalítica tiene mucho que ver con la técnica del chiste, donde a partir de un contenido manifiesto hay una regresión estructural al proceso primario que trata el material a través de mecanismos de condensación y desplazamiento, para que emerja nuevamente pero en forma distinta. Este proceso supone un ahorro energético que produce una descarga libidinosa. Pasa lo mismo con la técnica psicoanalítica, que es un intento de recoger el material del paciente, dejar que se internalice en nosotros y que luego se nos aparezca nuevamente como una interpretación. Cuando se le comunicamos al paciente le habremos dado una visión de sí mismo que por fuerza lo tiene que sorprender.

Reik dice algo más todavía y es que también el analista debe dejarse ganar por la sorpresa, porque sólo podrá verdaderamente operar a través de la sorpresa con que recibe en su propia conciencia el proceso de elaboración que tuvo lugar en su inconciente. Se comprende sin más que Reik alerte contra toda sistematización de la técnica.

No hay duda de que con su inteligente al par que apasionada defensa de la intuición del analista, Reik se oponía con todo derecho a la sistematización *a priori* del material, al intento (frecuente en aquella época) de intelectualizar, de resolver los problemas por vía puramente racional. A esto contribuía a veces Freud, estoy convencido, con sus representaciones de espera, *Erwartungsvorstellungen*.

Las justas admoniciones de Reik, sin embargo, no implican necesariamente que el analista no pueda dar prioridad a determinados problemas, que es lo que en realidad pretendía Reich. Con la perspectiva que dan los cincuenta años que pasaron, los postulados de Reik no me resultan inconciliables con los de su oponente.

Al margen de la polémica de Reik y Reich en Viena, Melanie Klein desarrollaba en Londres su técnica del juego que la iba a llevar a nuevas propuestas sobre la interpretación y la transferencia, de las que vamos a ocuparnos más adelante.

4. Las ideas de Anna Freud

La Anna Freud que publica *El yo y los mecanismos de defensa* en 1936 es ya una analista madura y una investigadora penetrante, que ha aprendido mucho de su padre y de sus pacientes; pero también, así lo creo yo, de sus colegas de Viena, Reich y Fenichel entre ellos, y de su polémica con Melanie Klein la década anterior.

El antecedente más inmediato a los nuevos aportes que va a hacer Anna Freud es para mí el trabajo de Fenichel (1935), que apoya y critica a Reich como ya hemos visto.

El libro es, desde luego, heredero de los trabajos en que Freud en la tercera década de nuestro siglo destaca el yo como instancia psíquica. Como es sabido, el concepto se perfila en *Más allá del principio de placer* y adquiere su fisonomía estructural en *El yo y el ello* tres años más tarde. Cuando después de otros tres años Freud retoma el tema en *Inhibición, síntoma y angustia*, es para mostrarnos que ese yo es a la vez paciente y agente de la angustia: padece la angustia traumática y administra la angustia señal.

Vale la pena señalar aquí que, para Lacan y su escuela, el yo es más pasivo de lo que «él» se cree, que su actividad es un *espejismo* y también lo son su adaptación y juicio de realidad. En este punto se destacan los lúcidos estudios de Guillermo A. Maci en *La otra escena de lo real* (1979), libro claro y riguroso.

El yo y los mecanismos de defensa define la tarea del analista (y por

tanto la praxis de la interpretación) estrictamente en términos de la teoría estructural.

El interés fundamental de Anna Freud es el yo, su funcionamiento, su modo de operar frente a la angustia. Siguiendo el esquema de las tres servidumbres del yo en el último capítulo de *El yo y el ello* (1923), Anna Freud distingue tres tipos de angustia: *neurótica* (instintiva), *real* (objetiva) y *sentimiento de culpa* (frente al superyó). La angustia real es objetiva en cuanto se refiere al mundo de objetos, a la realidad con sus peligros y sus inevitables frustraciones. Las otras dos son, en cambio, subjetivas. Es obvio, sin embargo, y lo dice Anna Freud, que hay también una relación dialéctica entre angustia subjetiva y objetiva, aunque más no sea porque las angustias que son ahora subjetivas fueron objetivas en otro momento del desarrollo. Es decir, la angustia frente al impulso tiene una historia, porque en algún momento de la infancia la pulsión se encontró con una represión real, es decir que hubo un momento en que este impulso fue motivo de una angustia externa que después se internalizó y se transformó en angustia neurótica, subjetiva.

El libro de Anna Freud, a mi parecer, recoge sin duda las ideas de Reich, pero introduce un cambio sustancial. Ella no piensa que el análisis de la resistencia deba ser prioritario y sistemático; postula, más bien, que el análisis debe oscilar como un péndulo entre la resistencia (yo) y el impulso (ello). La tarea del analista consiste básicamente, pues, en este continuo equilibrio entre el análisis del yo y el análisis del ello. De esta forma, la técnica de Anna Freud introduce un cambio importante: el analista debe estar más atento al material que aparece que a sus ideas de cómo manejarlo y ordenarlo. En general, lo que surge del material es primero una fracción del yo (la defensa) y, cuando se la interpreta, una porción del ello, el impulso, precisamente el impulso que la defensa no dejaba aflorar.

En conclusión, la técnica de Anna Freud es más libre y versátil que la de Reich y atiende mejor al natural desarrollo del proceso analítico.

5. Conflicto intrasistémico y conflicto intersistémico

Al libro de Anna Freud sigue la famosa monografía de Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación* (1939). La estructura y el funcionamiento del yo son la tarea de Hartmann; su credo científico es la adaptación y su objetivo el desarrollo de una psicología psicoanalítica. Hartmann distingue dos partes diferentes en el yo: la que tiene que ver con el conflicto (y consiguientemente con los mecanismos de defensa) y otra que constituye el *área libre de conflicto*.

Sobre estas bases, Hartmann entiende que el yo tiene dos tipos de conflicto: *intersistémico*, con las otras instancias, ello y superyó; *intrasistémico*, con partes de sí mismo. El conflicto intrasistémico por antonomasia es, para Hartmann, desde luego, el que transcurre entre el área de

conflicto y el área libre de conflicto; pero no es el único. Hay también conflicto intrasistémico entre las autonomías primaria y secundaria. La escisión defensiva del yo que Freud (1940e) estudió a partir del fetichismo (1927e) y la disociación terapéutica del yo de Sterba (1934) son también conflictos intrasistémicos.

Cuando más de diez años después Hartmann (1951) pasa revista a las consecuencias técnicas de la psicología del yo, distingue dos tipos de interpretaciones, según atiendan al conflicto intersistémico o intrasistémico. Las interpretaciones que se dirigen a los mecanismos de adaptación intersistémicos son preferentemente de tipo dinámico-económico; pero las que responden a los conflictos intrasistémicos son por esencia de naturaleza estructural.

Este esquema de funcionamiento yoico explica un efecto singular que destaca Hartmann en la interpretación. Aunque dirigida por lo general a un punto concreto, la interpretación se ramifica en la mente del analizado y puede alcanzar otras zonas. A esto le llama Hartmann *multiple appeal* de la interpretación, que me gustaría traducir por *resonancia múltiple* de la interpretación. Löwenstein (1957) ofrece un ejemplo de este efecto indirecto de la interpretación. Un paciente recuerda su fuerte sentimiento de inferioridad cuando un hombre mayor lo vio desnudo en la piletta y lo explica porque tenía un lunar en el muslo que le daba vergüenza. Luego de un período de análisis en que aparecieron claramente en la transferencia sus sentimientos competitivos y su inferioridad frente al analista, volvió a contar el recuerdo de la piletta, pero ahora conectó directamente su vergüenza a la comparación de su pene con el del hombre grande que lo estaba mirando. Las interpretaciones sobre la angustia de castración y la rivalidad con el analista-padre operaron sobre otra área de la mente.

6. La revisión de 1951

En el primer número del *Psychoanalytic Quarterly* de 1951 se publicó el artículo de Hartmann que estamos comentando y otros de Löwenstein y Kris. Estos tres trabajos representan una revisión a fondo de la teoría de la interpretación desde el punto de vista de la psicología del yo en los Estados Unidos.

Los tres artículos⁴ hacen pie reconocidamente en *El yo y los mecanismos de defensa*, tratando de mostrar que la técnica interpretativa en la mitad del siglo se debe básicamente a los aportes de Anna Freud. Estos autores establecen una línea de desarrollo que parte de los escritos técnicos de Freud, se continúa con los escritos teóricos que en la década del veinte fundamentan la teoría estructural y culmina, por fin, en el libro de 1936.

Como dije al comienzo de este capítulo, considero que Reich ocupa

⁴ Hartmann (1951); Kris (1951); Löwenstein (1951).

un lugar destacado en este desarrollo, lo mismo que Fenichel; de modo que una visión que no los tenga en cuenta siempre va a ser, en mi sentir, parcial. Bueno es decir, sin embargo, que esta posición no encuentra apoyo en el gran libro de Anna Freud. Por el contrario, en el capítulo tercero, «Las actividades defensivas del yo como objeto del análisis», dedica preferente atención al acorazamiento del carácter, de Reich.

El psicoanálisis es una disciplina, dice Hartmann, en la que hay una permanente interacción entre la teoría y la técnica; y, sin embargo, entre los escritos técnicos de la segunda década y la teoría estructural que se formula en la siguiente hay un innegable deslizamiento. En los artículos técnicos, la insistencia de Freud en el concepto de *superficie psíquica* muestra que ya tiene la idea de un yo que todavía no ha descubierto teóricamente. El concepto de superficie psíquica importa, efectivamente, que hay una defensa y un impulso, que la defensa es superficial y el impulso subyacente: de esta forma quedan definidos implícitamente el ello y el yo.

Hartmann tiene razón sin duda cuando dice que los escritos técnicos de Freud preanuncian la psicología del yo. Sus principios técnicos no se pueden entender si no se los contempla desde la perspectiva de una instancia que en alguna forma administra el conflicto; y esa instancia obviamente es el yo. Freud se adelanta, efectivamente, en los escritos técnicos a los que va a formular teóricamente con más precisión años después.

A esto hay que agregar que, como ya lo dije, la década del veinte marca una crisis de la técnica; y yo personalmente creo que algunos cambios teóricos de Freud tienen que ver con esa crisis. Las ideas de instinto de muerte, necesidad de castigo, masoquismo moral y reacción terapéutica negativa como mecanismos punto menos que imposibles de solucionar expresan, a nivel del contexto de descubrimiento, las dificultades técnicas en que se encontraba el psicoanálisis. La verdad es, pues, a mi entender, no sólo que la técnica se había adelantado a la teoría (estructural) como dicen Hartmann, Löwenstein y Kris, sino también que la técnica no había evolucionado al compás de la teoría de la transferencia que el mismo Freud ya había establecido. La inseguridad y la confusión con que enfrentan este problema Ferenczi y Rank en su ensayo de 1923, así como el revuelo que provocan, muestran a las claras las dificultades para aplicar a la clínica el rico concepto de transferencia. Cuando Freud habla de la transferencia en *Más allá del principio de placer* la explica por un impulso demoníaco a repetir: ¿Cómo es posible que el paciente quiera repetir experiencias dolorosas, humillantes, frustradoras, desagradables en todo sentido, si no es porque lo mueve una fuerza que está *más allá* del principio del placer? En ese momento Freud capta el drama pero no se hace cargo de la intensidad del vínculo transferencial. El drama es realmente que el analizado repite porque está sujeto a su historia, a su pasado. Me atrevería a decir que al considerarlo más allá del principio del placer no se advierte que el paciente está dispuesto a hacer un esfuerzo enorme al repetir en la transferencia las experiencias dolorosas pero ineludibles de su pasado. Es la fuerza del deseo y la terca esperanza de llegar de alguna manera a resolverlo lo que lleva a la repetición de la necesidad que, en última instancia, hace posible el tratamiento psicoanalítico.

Hartmann considera en su artículo la obra de Reich pero más que todo para desmerecerla. Afirma que la psicología de Reich es preestructural, que sólo se maneja con estratos que están más cerca o más lejos de la conciencia. En este punto, Hartmann establece una antinomia muy cortante entre estratos y estructuras. Los estratos corresponden a la división de inconciente, preconciente y consciente de la primera tópica; a la segunda tópica, en cambio, corresponden las estructuras funcionales de ello, yo y superyó. Por otra parte, la estratificación varía con el curso de la vida y, por tanto, no se puede establecer una secuencia correcta en la interpretación, como sugiere Reich.

Hartmann llega a decir que fue Freud y no Reich el que propuso el análisis sistemático de las resistencias (1951, *Essays...*, pág. 143), al tiempo que afirma que la tajante oposición que propone Reich entre impulso y defensa ya no se sostiene; que ha perdido la claridad que en un momento pudo tener. Es decir, Hartmann le critica a Reich el defecto de ser sistemático y le reconoce a Freud el mérito de serlo.

La diferencia entre instinto y defensa, sigue Hartmann, ha ido perdiendo su carácter de oposición absoluta, ya que el impulso puede usarse como defensa, al par que una defensa puede tomar un carácter impulsivo (defensa sexualizada o «agresivizada»). Esto, sin embargo, no lo ignora Reich. Al contrario, es él justamente quien con su psicología de los estratos nos muestra cómo el yo (y el yo de la teoría estructural) opera estratégicamente usando los impulsos para la defensa, como ya hemos visto: el carácter pasivo-femenino, por ejemplo, usa los impulsos homosexuales para ocultar su agresión y su rivalidad, etcétera. Es que los estratos suponen, para Reich, una organización que es ineludiblemente yoica.

Si entendemos por estrato una parte del yo que se ha ido organizando a través de la historia del sujeto en lucha con el ambiente, como postula Reich, entonces la teoría de la defensa caracterológica da cuenta aproximadamente de los mismos hechos que después habría de considerar Hartmann partiendo del cambio de función y de la autonomía secundaria. En 1939 Hartmann dice que hay sectores del área de conflicto que se hacen autónomos, que se independizan de sus fuentes instintivas y pasan a engrosar el área libre de conflicto, a título de autonomía secundaria. Esto tiene lugar a partir de lo que Hartmann llama cambio de función. Estas ideas de Hartmann son más amplias, tal vez, que las de Reich, ya que abarcan la psicología normal y no sólo la patológica; pero si se las considera con serenidad, sin dejarse llevar por los compromisos escolásticos que siempre influyen en el movimiento psicoanalítico, se verá que son muy similares. La autonomía secundaria reformula la teoría de Reich sobre el rasgo de carácter en tanto estructura que se ha desarraigado de sus bases instintivas. Para ambas teorías, la función del analista parece ser la misma: operar sobre la autonomía secundaria (rasgo de carácter) y retrotraerla al área de conflicto (hacerla nuevamente egodistónica).

El artículo de Kris, «Ego psychology and interpretation in psychoanalytic technique», se ocupa especialmente del análisis de las defensas

del yo, entendidas como actividades que participan del conflicto no menos que los impulsos del ello. Siguiendo sus ideas sobre el proceso mental preconciente expuestas un año antes, Kris considera que el trabajo sobre las defensas del yo es una parte esencial del quehacer analítico, porque permite reordenar a nivel del sistema Pccc las energías previamente inmovilizadas por el conflicto. Kris no desestima los aportes de Reich sobre la estratificación, pero afirma que Anna Freud da un paso adelante cuando considera que la resistencia del yo es una parte esencial del trabajo analítico y no un mero obstáculo.

Kris sostiene que antes de llegar al ello se impone una tarea exploratoria del yo, durante la cual se van descubriendo diversas actividades (conductas) del yo que operan como mecanismos de defensa, y piensa que la interpretación más eficaz es la que establece un vínculo entre la defensa del yo y la resistencia del paciente durante el análisis.⁵

El artículo de Löwenstein, por fin, se ocupa preferentemente del concepto de interpretación, que deslinda de las otras intervenciones del analista, como vimos en capítulos anteriores, sobre todo el 25.

7. Los aportes de Löwenstein

Löwenstein es, sin duda, uno de los investigadores que más se ha ocupado de la interpretación, tratando de definirla y contrastarla con lo que no es interpretación. Creo que este es el momento oportuno para exponer algunas de sus ideas.

No todo lo que hacemos es interpretar, dice Löwenstein, y es obvio. Por esto, habla en 1951 de momentos preparatorios y momentos finales de la tarea interpretativa y coloca entre aquellos al señalamiento y la confrontación, que yo preferí clasificar como instrumento para recabar información en el capítulo 24, parágrafo 4. Los autores que afirman que todo lo que debe hacer el analista es interpretar no es que desconozcan las otras intervenciones, pero les restan importancia y no las tienen en cuenta desde el punto de vista del proceso terapéutico; no les parecen significativas. Sin embargo, como el proceso psicoanalítico es sutil y complejo, es mejor no dejar cosas afuera porque a la larga pueden ser decisivas. Por esto, es siempre útil estudiar los otros instrumentos que configuran las intervenciones no estrictamente interpretativas del analista como les llamó Perrotta (1974). En el Simposio del Congreso de París sobre las variaciones de la técnica psicoanalítica, Löwenstein (1958) trazó la línea divisoria entre interpretaciones e intervenciones, ubicando entre estas últimas al parámetro.

A mí no me parece conveniente poner en una misma categoría a las intervenciones no interpretativas y al parámetro. Es preferible destacar bien a este último, en cuanto importa una actividad del analista que se decide a

⁵ Kris (1951, pág. 24).

modificar coyunturalmente su setting, y llamar a aquellas preparatorias o tácticas como hizo Lowenstein en 1951, si no se les quiere dar autonomía como es mi propuesta (instrumentos para recabar información).

Mientras las interpretaciones preparatorias (1951) o intervenciones a secas (1958) tienen para Löwenstein un valor táctico, la interpretación configura la estrategia del analista y se define como una *explicación* que el analista da al paciente sobre sí mismo a partir de su material.

— Cuando distingue la interpretación de las intervenciones preparatorias, Löwenstein señala que el límite es impreciso. Es difícil a veces decidir el momento en que se pasa de un nivel a otro, pero esto no quita que la diferencia exista. Las intervenciones preparatorias sirven para tantear la disposición del analizado. Por esto Löwenstein habla de una distancia óptima cuando el paciente no está demasiado alejado afectivamente ni tampoco excesivamente involucrado en la situación que se va a interpretar.

Con el concepto de distancia óptima Löwenstein plantea el problema del timing en el marco teórico del funcionamiento del yo y sus resistencias. Esto empalma con el papel que este autor asigna a las intervenciones preparatorias, que a veces asumen, en mi criterio al menos, el carácter de interpretaciones tácticas para ir tanteando el grado de receptividad del paciente y su insight. En este punto se comprende que al definir a la interpretación por su efecto de insight, Löwenstein va a definir *a fortiori* una interpretación que no produjo insight como preparatoria, lo cual no deja de tener sus inconvenientes.

8. Confluencia de las dos tópicas freudianas

Quizá la crítica más rigurosa que se le puede hacer a la revisión de 1951 desde sus propias pautas es que se inclina demasiado a buscar sus fundamentos teóricos en el punto de vista estructural de la segunda tópica, con lo que descuida la primera. El trabajo de Clifford Yorke sobre la metapsicología de la interpretación, publicado en 1965, intenta integrar los dos aspectos.

Yorke parte de la conocida diferencia que Freud establece en sus ensayos metapsicológicos de 1915 entre las dos fases (o tipos) del proceso de represión. Está primero la *represión primaria* (*Urverdrängung*), que consiste en rechazar de la conciencia al representante de la pulsión por medio de una anticatexis, y luego la *represión secundaria* o represión propiamente dicha (*Verdrängung*) que recae sobre los *derivados* (o «retosños», como otros prefieren llamarles) del representante reprimido en el sistema Prc formados por un proceso simultáneo de repulsión y atracción. Como es sabido, en la represión propiamente dicha operan a la vez la anticatexia y el retiro de la catexia de atención (hipercatexia, sobreinvestidura). En otras palabras, el proceso de represión propiamente dicho se inicia por un retiro de la catexia de atención sobre el derivado preconcientes, que entonces queda a merced de la anticatexia.

La metapsicología de la interpretación tiene que ver entonces, dice Yorke, con una compleja cadena de eventos metapsicológicos. Para que un derivado se haga conciente la interpretación debe remover la anticatexia y restaurar la catexia de atención (1965, pág. 33). La represión priva a la representación de cosa de su conexión con la palabra; y la función de la interpretación es justamente restaurarla (*ibid.*, pág. 34).

Como otros muchos autores, Yorke sostiene que la interpretación opera en las dos fases (tipos) de represión, es decir, en el límite entre los sistemas Prcc-Cc y Prcc-Icc. El analista trabaja primeramente en el límite entre el preconciente y el conciente haciendo que el analizado tome contacto con la representación de palabra, hasta que pueda por fin acercarse al representante instintivo que sufrió el proceso de represión primaria, una vez que se ha acercado suficientemente al sistema Prcc. Como decía Fenichel (1935), a medida que avanza el proceso analítico los derivados sufren menos distorsión.

Yorke piensa que la función de la verbalización se comprende mejor a partir de la idea de un mundo representacional, en especial de la representación del self. Como postuló Jacobson (1954b), la representación del self puede ser catectizada con energía instintiva no menos que una representación objetal. La palabra y el símbolo forman parte del mundo de representaciones y pueden ligarse con las representaciones del self y del objeto. Una parte del trabajo analítico consiste en modificar a través de la interpretación la distorsión de las representaciones que proviene de las demandas del yo, de la realidad y de los introyectos. Se sigue que la interpretación imprime cambios en las representaciones del mundo externo y de los introyectos que pueden conducir a modificaciones importantes en la representación del self.⁶

De esta manera, Yorke busca una síntesis entre represión primaria y represión propiamente dicha, que conduce a una mejor integración de las teorías de la primera y la segunda tópica para dar cuenta de la metapsicología de la interpretación.

⁶ Yorke (1965, pág. 36).

31. La teoría de la interpretación en la escuela inglesa

En los capítulos anteriores estudiamos con detenimiento la metapsicología de la interpretación, tratando de comprenderla a la luz de la primera tópica y de la teoría estructural, a lo largo de un camino que, a partir de Freud, pasa por Reich y Fenichel, por Anna Freud y Hartmann, hasta llegar a los autores más modernos de la psicología del yo en Inglaterra y Estados Unidos.

A riesgo de simplificar, haré una caracterización geográfica y diré que esa línea de investigación corresponde a la escuela de Viena, que voy ahora a contrastar con la escuela inglesa. Por *escuela de Viena* entiendo aquí a la que se formó alrededor de Freud entre los años veinte y treinta y se prolongó en Inglaterra y los Estados Unidos después de la diáspora que provocó el *Anschluss* de 1938. Por otra parte, como traté de definirla en un trabajo anterior (Etchegoyen, 1981a), la *escuela inglesa* es la que funda y dirige Jones al frente de la British Psycho-Analytical Society y donde Melanie Klein ocupa un lugar preeminente desde que llega a Londres en 1926. Cuando hacia el final de la Segunda Guerra Mundial sobreviene una ruptura definitiva en la Sociedad Británica y se forman bajo la presidencia de Sylvia Payne los grupos A y B, ya no corresponde hablar de una escuela inglesa sino de tres núcleos en el seno de esa Sociedad: el de Anna Freud, el de Melanie Klein y el grupo independiente (*middle group*).

En este capítulo vamos a ocuparnos preferentemente de Melanie Klein, en un intento de aprehender lo original y propio de su empleo de la interpretación.

1. Algunos antecedentes

Resulta difícil estudiar la teoría de la interpretación en Melanie Klein porque ella nunca la expuso formalmente. Hay que rastrearla entonces en sus escritos, pero esa búsqueda no es sencilla y lleva cada vez más hasta el comienzo de su obra. Si se leen con atención sus primeros trabajos ya se la ve interpretar con esa frescura, originalidad y arrojo que serán después la marca inconfundible de su estilo y su credo científico, tanto como la piedra del escándalo para sus detractores.

Es indudable que ya antes de llegar a Londres, cuando ejerce en

Berlín y se analiza con Abraham, Klein utiliza el instrumento interpretativo con una convicción y una audacia que no se encuentran fácilmente en otros analistas. Ella misma lo evoca en 1955, cuando describe la técnica del juego y compara el cauto proceder de la mayoría de los analistas de la década de 1920 con su propia forma de operar: «Cuando comencé mi trabajo era un principio establecido que se debía hacer un uso muy limitado de las interpretaciones. Con pocas excepciones, los psicoanalistas no habían explorado los estratos más profundos del inconciente —en niños, tal exploración se consideraba potencialmente peligrosa—. Esta cautela se reflejaba en el hecho de que entonces, y por mucho tiempo, el psicoanálisis era considerado adecuado solamente para niños desde el período de latencia en adelante» (*The Writings*, vol. 3, pág. 122; *Obras completas*, vol. 4, pág. 21). Recordemos que así lo sostuvieron, por ejemplo, Hug-Hellmuth (1921) y Anna Freud (1927).

En el trabajo de 1955 recién citado, Klein también recuerda que, cuando se decidió a analizar a Fritz, al ver que el esclarecimiento sólo no era suficiente, se desvió de algunas reglas hasta entonces aceptadas interpretando lo que le parecía más urgente en el material, de modo que de pronto encontró que su interés se centraba en la ansiedad y las defensas frente a ella.

Puede decirse, pues, que casi desde el comienzo de su práctica Klein reconoció siempre la interpretación como el instrumento esencial del psicoanálisis y la aplicó sin vacilar cuando creyó oportuno. Por esto no deja de ser llamativo que nunca se sintiera obligada a fundamentar su teoría de la interpretación, a pesar de advertir que su forma de interpretar difería notoriamente de la de los otros analistas de su época. Es posible, empero, que este reconocimiento haya sido tardío y no se le impusiera a ella en sus primeros años de labor.

Si bien es cierto que Klein nunca escribió específicamente sobre la interpretación, los escritos de Strachey (1934, 1937) y Paula Heimann (1956), por todos reconocidos como de primera línea, se gestaron sin lugar a dudas bajo su inspiración.

2. Los primeros trabajos

Las primeras interpretaciones de Melanie Klein pueden rastrearse en la segunda parte de «El desarrollo de un niño» (1921), que se titula «La resistencia del niño al esclarecimiento sexual».¹ Cuando advierte que solamente esclarecer no basta, porque el niño se resiste al conocimiento se-

¹ «El desarrollo de un niño» se publicó en 1921 en *Imago* y en 1923 en el *International Journal*, y consta de dos partes. La primera, «La influencia del esclarecimiento sexual y la disminución de la autoridad sobre el desarrollo intelectual de los niños», pertenece al período inicial de Klein, que fue breve y se desarrolló en Budapest. La segunda parte corresponde a una comunicación a la Sociedad de Berlín en febrero de 1921, poco después de haberse establecido en esa ciudad.

xual que se le ofrece, comprende que el único recurso válido para levantar las represiones es la interpretación.

Cuando presentó este caso a la Sociedad Húngara en 1919,² Anton von Freund sostuvo que las observaciones de Melanie Klein eran por cierto analíticas, pero no sus interpretaciones, que sólo tocaban los aspectos concientes del material. Ella rechazó esa crítica y sostuvo que era suficiente tratar los problemas concientes si no había razones en contrario; pero poco después, al escribir su trabajo, le daba plenamente la razón (*The Writings*, vol. 1, pág. 30; *Obras completas*, vol. 2, pág. 44). En esta pequeña anécdota puede apreciarse directamente la rápida evolución de su pensamiento psicoanalítico.

Si pensamos que Von Freund tenía razón y que al comienzo de su labor con Fritz nuestra autora esclarecía pero no interpretaba, entonces podemos afirmar que la primera interpretación que consignan los escritos de Klein aparece en la segunda parte del trabajo que estamos considerando.

Días después de que Melanie Klein se anima (¡por fin!) a explicarle el papel del padre en la procreación, Fritz narra su sueño-fantasia del motor grande y el motor pequeño que chocan con el tren eléctrico, y dice también que el motor chico queda entre el grande y el tren eléctrico. Klein le explica entonces «que el motor grande es su papá, el coche eléctrico su mamá y el motorcito él mismo, y que él se ha puesto entre papá y mamá porque le gustaría mucho apartar a papá del todo y quedarse solo con su mamá y hacer con ella lo que sólo a papá le está permitido hacer» (*Obras completas*, vol. 2, págs. 48-9). Esta interpretación, vale la pena señalarlo, va entre paréntesis en el texto y Melanie Klein la llama *explicación*. De hecho es muy parecida a la que formula el padre a Hans (Freud, 1909b), cuando le dice que al estar en Gmunden en la cama con la mamá pensó que él era el papá y le tuvo miedo, a lo que Hans responde conmovidamente: «tú sabes todo» (*AE*, 10, pág. 75). Del mismo tipo es la interpretación del padre en la página 77: «Te gustaría ser el papi y estar casado con mami, te gustaría ser tan grande como yo y tener un bigote, y te gustaría que mami tuviera un hijo».

En forma similar interpreta Klein, en principio, el complejo de Edipo negativo de Fritz: «Le dije que él se había imaginado a sí mismo en el lugar de su mamá y quería que su papá hiciera con él lo que hace con ella» (*The Writings*, vol. 1, pág. 41; *Obras completas*, vol. 2, pág. 53). Aquí, sin embargo, Klein sigue adelante y llama a las cosas por su nombre, porque le dice claramente a Fritz: «Pero tiene miedo (como imagina que su mamá también tiene miedo) de que si este palo —el pipí de papá— se mete en su pipí él quedará lastimado, y después dentro de su panza, en su estómago, todo quedará destruido también» (*Obras completas*, vol. 2, pág. 53).³ Creo que en este punto hay un cambio sustancial, porque Klein

² Klein leyó su trabajo «Notas sobre el desarrollo intelectual de un niño» en julio de 1919 en la Sociedad Húngara. Esta conferencia es la base de la primera parte del trabajo que estamos considerando, aunque también contribuyó otro, leído en diciembre de 1920 en la misma Sociedad, titulado «Contribución al análisis en la temprana infancia».

³ «But he is afraid (as he imagines his mamma to be too) that if this stick —papa's wi-

se anima a nombrar los órganos y las funciones traduciendo los símbolos, en lugar de mencionarlos alusivamente. Esta actitud define una teoría, una técnica y una ética: la teoría de que el niño comprende el valor semántico de la interpretación, la técnica de que hay que remitir los símbolos a su origen, la ética de que es necesario decirle al niño sin ocultamientos la verdad.

3. Hans, «Dora» y Fritz

Acabamos de ver cómo evoluciona la técnica interpretativa de Klein en su primer trabajo. Sus interpretaciones son al principio de la misma hechura que las del padre de Hans, es decir Freud, pero pronto van adquiriendo otro carácter. En cuanto atienden el funcionamiento del proceso primario y sus peculiares modos de expresión se hacen más profundas, y más comprometidas porque tratan de tomar contacto con el Icc. Pienso que estas características son patrimonio de la forma de trabajar de Klein, de su estilo, que no se aparta, sin embargo, del espíritu con que el mismo Freud interpretaba. A Dora, por ejemplo, le dice que ella piensa que su padre está impotente (no tiene *recursos*) e imagina que sus relaciones con la Sra. K. son *per os*, luego de lo cual le interpreta que ella se identifica con las dos mujeres del padre (su madre y la Sra. K.) para satisfacer sus deseos incestuosos y le agrega que sus celos son los de una mujer enamorada. No sólo Freud interpreta la afonía de Dora como una expresión de pena por la ausencia del amado, el Sr. K., sino que la pone también en relación con sus fantasías inconcientes de *fellatio*, lo mismo que su tos y el cosquilleo de su garganta.

En este punto, justamente Freud le sale al paso a sus detractores, que imagina horrorizados. Dice que la mejor manera de hablar de estas cosas es directa y secamente, sin malicia ni remilgos, llamando al pan, pan y al vino, vino. *J'appelle un chat, un chat*, dice Freud.

Tampoco vacila Freud, por cierto, en echar mano al simbolismo cuando le interpreta a Dora su primer sueño y su excitación sexual, comparando su sexo con el cofre.

4. El Congreso de Salzburgo

En los dos trabajos que publica en 1923, «El papel de la escuela en el desarrollo libidinoso del niño» y «Análisis infantil», no hay referencias explícitas a su modo de interpretar; pero se aprecia que la comprensión de las fantasías del niño se ha hecho más intrépida y profunda y tiene ya

wi— gets into his wiwi he will be hurt and then inside his belly, in his stomach, everything will be destroyed, too» (*The Writings*, vol. I, pág. 41).

un sello decididamente «kleiniano» en cuanto se apoya en una referencia continua al valor simbólico del juego o la palabra.

En 1924 se realizó en Salzburgo el VIII Congreso Psicoanalítico Internacional, donde el 22 de abril Melanie Klein leyó su trabajo «La técnica del análisis de niños pequeños», que nunca fue publicado. Sólo conocemos de él un resumen aparecido en el Boletín de la Asociación Psicoanalítica Internacional.⁴

Esta comunicación muestra ya nítidamente cómo opera la técnica del juego y la forma en que Klein emplea la interpretación. La técnica lúdica consiste en aplicar las reglas de la interpretación onírica a los juegos, testeando su validez a través de la respuesta del niño, que se contrasta asimismo con sus fantasías, sus dibujos y el conjunto entero de su conducta.

Para esa época Klein ya había llegado a comprender que el mecanismo fundamental del juego de los niños es la descarga de fantasías masturbatorias.⁵ De esto se sigue que las inhibiciones en el juego tienen su origen en la represión de estas fantasías, que siempre nos remiten a la escena primaria. A iguales conclusiones había llegado Klein al estudiar el papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño en 1923.

Nunca se puede sobrestimar, afirma Klein (1926), la importancia de la fantasía y de su transformación en actos en la vida del niño, bajo la impronta de la compulsión a la repetición.⁶

5. La experiencia con Rita

El trabajo de Salzburgo inspiró sin duda «Los principios psicológicos del análisis infantil», donde Klein desarrolla con más amplitud su técnica del juego y su teoría de la interpretación.⁷ Adelantándose a lo que va a exponer en «La personificación en el juego de los niños» (1929), descubre que la asignación de roles en el juego permite al niño separar las diferentes identificaciones que tienden a presentarse en bloque. Es fácil comprender que esta concepción del juego lleva naturalmente a interpretar sin dilación los papeles que aparecen y a prestar un interés creciente a la interpretación transferencial. Desde este punto de vista, ya están, pues, perfiladas las características que van a distinguir a Melanie Klein por su forma de interpretar.

Petot (1979) señala con razón que el caso Rita, que Melanie Klein

⁴ *International Journal*, vol. 5, pág. 398.

⁵ Véase *The Writings*, vol. 1, pág. 135, nota 2, donde se reseñan algunas ideas del trabajo de Salzburgo.

⁶ «In general, in the analysis of children we cannot over-estimate the importance of phantasy and of translation into action at the bidding of the compulsion to repetition» (*The Writings*, vol. 1, pág. 136; *Obras completas*, vol. 2, pág. 134).

⁷ Este artículo fue leído en la Sociedad Psicoanalítica de Berlín en diciembre de 1924 (Elsa del Valle, 1979, vol. 1, pág. 55) y publicado dos años después.

analizó domiciliariamente en 1923, operó un cambio sustancial en su pensamiento y su praxis. Así como puede decirse que Anna O. inventó la *talking cure*, también cabe afirmar que la pequeña Rita creó la técnica lúdica con sus juguetes y su famoso osito superyoico.

No sin cierta nostalgia, recuerda Klein en 1955 su primera sesión con Rita en aquella primavera berlinesa de 1923. Apenas quedaron solas, la niña se mostró ansiosa, permaneció en silencio y pidió salir al jardín. La analista consintió y salieron mientras la madre y la tía las miraban de lejos con escepticismo; seguras de que el intento fracasaría. Sin embargo, aquella analista de tan poca experiencia y tanto talento ya había decidido que la transferencia negativa estaba dominando el cuadro. Al verla más tranquila en el jardín y tomando en cuenta ciertas asociaciones, le dijo que temía que ella le hiciera algo al estar solas en el cuarto y ligó ese temor a sus terrores nocturnos, cuando Rita pensaba que una mujer mala la atacaría en su cama. Minutos después Rita volvió confiada a su habitación.

Esta interpretación es por muchas razones histórica. Podemos darla con seguridad y ofrece las características propias del trabajo de Klein: se dirige a la angustia, toma en cuenta la transferencia, incluyendo la de signo negativo, y la vincula con los síntomas y el conflicto. Estos elementos enlazados, señala Petot,⁸ exhiben la originalidad de esta técnica. Melanie Klein misma lo dice en su trabajo de 1955: su abordaje de Rita es típico de lo que vendría a ser después su técnica (*The Writings*, vol. 3, pág. 123; *Obras completas*, vol. 4, pág. 22).

Klein apoya su labor interpretativa en un hecho empírico derivado de su trabajo clínico, y es que el niño tiene más contacto con la realidad de lo que el adulto supone. Muchas veces la alegada deficiencia se debe no a que sea incapaz de percibirla sino a que la desmiente, la repudia: es que el criterio decisivo del juicio de realidad del niño y por ende de su capacidad de adaptarse dependen de su tolerancia a la frustración y en especial a la frustración edípica. De ahí que con frecuencia nos sorprende la facilidad con que a veces acepta la interpretación y hasta goza con ella:⁹ en el niño la comunicación entre los sistemas Cc e Icc es más fácil que en el adulto. Por esto la interpretación tiene en él un rápido efecto, a veces sorprendente, por más que pueda no darse por aludido: su juego se reinicia o cambia, su angustia cae o sube bruscamente, aparece nuevo material, la relación con el analista se hace más viva y estrecha. Al levantar las represiones, la interpretación promueve un cambio económico que se traspara pristinamente en el placer con que el niño juega.

Aquí Klein se permite discrepar directamente con Freud, que en su historia del «Hombre de los Lobos» (1918) afirmó que, en contra de lo que podría parecer, el material que ofrece el niño resulta al fin y al cabo inferior al del adulto, ya que a aquel le faltan palabras y pensamientos

⁸ Petot (1979, pág. 121).

⁹ «We are often surprised at the facility with which on some occasions our interpretations are accepted: sometimes children even express considerable pleasure in them» (*The Writings*, vol. 1, pág. 134; *Obras completas*, vol. 2, pág. 132).

que tiene que recibir prestados. Esta afirmación va a ser compartida rotundamente por Anna Freud. El material del niño, dirá ella, no nos lleva más allá del lenguaje, cuando su pensamiento empieza a parecerse al nuestro. Es que en el niño fallan los dos métodos que nos permiten reconstruir la prehistoria en el paciente adulto, la asociación libre y la transferencia.¹⁰ Klein replica que si se sabe observar atentamente su juego y se lo ubica en el contexto de su conducta total, el niño ofrece un rico material, sobre todo si lo entendemos en su valor simbólico: las fantasías, los deseos y las experiencias del niño quedan representadas en el juego gracias al simbolismo, ese lenguaje arcaico y olvidado que nos viene de la filogenia, así como también de los otros medios de expresión que Freud descubrió en el trabajo del sueño. El simbolismo —dirá en el Simposio— es la palanca del análisis del niño (*The Writings*, vol. 1, pág. 147; *Obras completas*, vol. 2, pág. 144).

Con esto llegamos a uno de los principios básicos de la interpretación kleiniana, tal vez el más controvertido, la utilización de los símbolos. Cuesta aquí un poco separar con ecuanimidad los problemas propiamente científicos, teóricos o técnicos, de los que irrumpen desde la ideología y el prejuicio, así como de los legítimos e irrecusables estilos personales. Es exacto afirmar que un rasgo distintivo del abordaje kleiniano es que no vacila en interpretar directamente los símbolos, pero sin olvidar que el simbolismo es sólo una parte del material de que ella se vale, atenta siempre a todas las sutiles formas de expresión del proceso primario. A diferencia de otros analistas más cautos (¡entre los que se incluyen también algunos autores poskleinianos!) la verdad es que todo lo que hace Klein es no dejar de lado el simbolismo y recurrir a él tanto como a los otros modos de expresión inconciente. Que este procedimiento la exponga al error de traducir mecánicamente los símbolos sólo prueba que Melanie Klein puede equivocarse como cualquier otro analista. Los que critican el uso de los símbolos siempre piensan que se los traduce estereotipadamente, nunca jamás con agudeza y talento. Más allá de las predilecciones personales y del estilo de cada analista, creo yo que es temerario afirmar, como a veces se hace, que la técnica de Klein consiste en una traducción directa de los símbolos. Así piensa, sin embargo, Maurice Dayan en un trabajo reciente (1982), que entiende la técnica de Melanie Klein como una sistemática y directa traducción de símbolos, con total prescindencia de todo lo demás. Dice Dayan: «De tal suerte que ancla en el sujeto la convicción de que el contenido manifiesto de sus actividades locutorias, gráficas y lúdicas no tienen ninguna importancia, y que sólo cuentan las significaciones latentes que el intérprete reencuentra inmodificadas bajo las representaciones más diversas» (pág. 272). Para Dayan, Melanie Klein interpreta con una certeza incommovible en un «discurso

¹⁰ «But so far as my experience goes, and with the technique I have described, it does not take us beyond the boundaries where verbalization begins —that period, in other words, when his thought processes begin to approximate our own» (*The Writings of Anna Freud*, vol. 1, pág. 52).

de trazo delirante» (*ibid.*, pág. 301), que rompe totalmente con la metodología de Freud y el psicoanálisis. Opiniones tan extremas como esta, sirven más para la polémica y el rechazo que para un posible cotejo de las ideas contrapuestas.

En verdad, a mi juicio, poco tenía Klein de rutinaria y mecánica en su manera de trabajar. Coincidiendo con todos los psicoanalistas, ella consideraba que la interpretación sólo debía darse sobre la base de un material adecuado; pero, a diferencia de otros, sostuvo que los niños de hecho presentan ese material, a menudo sorprendentemente rápido y en gran variedad (*The Writings*, vol. 1, pág. 134; *Obras completas*, vol. 2, pág. 132). La diferencia no hay que buscarla, pues, en este punto, en la teoría de la interpretación sino, más bien, en lo que se entiende por material o, lo que es lo mismo, en el alcance que se le va a dar al concepto de fantasía inconciente.

Klein concluye su importante trabajo de 1926 comparando la situación analítica en el adulto y el niño. Dado que los medios de expresión son diferentes, la situación analítica parece muy distinta; pero, en realidad, es en esencia igual: «Así como los medios de expresión de los niños difieren de los de los adultos, así también la situación analítica en el análisis de niños parece ser enteramente diferente. Sin embargo, es en ambos casos *esencialmente* la misma. Interpretaciones adecuadas, resolución gradual de las resistencias, y persistente descubrimiento por la transferencia de situaciones anteriores —esto constituye en los niños tanto como en los adultos la situación analítica correcta» (*Obras completas*, vol. 2, pág. 134; *The Writings*, vol. 1, pág. 137).

6. El Simposio sobre análisis infantil

El 4 y el 18 de mayo de 1927 tuvo lugar en la Sociedad Británica el *Simposio sobre análisis infantil*, donde hablaron Melanie Klein, Joan Rivière, M.N. Searl, Ella F. Sharpe, Edward Glover y Ernest Jones. Todos los trabajos tienen un tono polémico y no escatiman las críticas a Anna Freud y a su recién publicada obra *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. En este momento no me interesa reabrir aquella ardorosa polémica, que llegó a molestar al propio Freud, sino extraer los rasgos que permitan dibujar con más realismo el perfil de la interpretación kleiniana.

En el simposio se enfrentan no sólo dos pioneras jóvenes y creadoras, no sólo dos escuelas y dos polos de gravitación científica —Viena y Londres— sino también dos temperamentos. Si Anna Freud ve al niño diferente del adulto es porque piensa en el yo; Klein los ve parecidos porque mira el inconciente.

Cuando en 1966 habló en Chicago, invitada por Kohut, sobre «El Instituto psicoanalítico ideal», Anna Freud se mostró disconforme con el título de su conferencia, porque no le interesa lo ideal a no ser que pueda

trocarse en realidad, y recordó que de niña sólo le interesaban los cuentos que podían ser verdad. En cuanto aparecían elementos con carácter sobrenatural, su interés decaía. No es extraño que una niña como aquella, con un apego tan fuerte a la realidad, estudiara de grande el yo y sus mecanismos de defensa. No tengo una anécdota de la pequeña Melanie para contraponerla a esta que acabo de recordar, pero me la imagino escuchando absorta los cuentos de hadas y brujas de sus primeros años de vida.

En el capítulo 3 de su libro, Anna Freud (1927) presenta los argumentos teóricos que la hacen dudar de la técnica lúdica. No todo lo que el niño hace en el juego puede tener el valor simbólico que le asigna Klein; puede ser también algo inocente, algo que tiene que ver con una experiencia presente e inmediata, al modo —diría yo— de los restos diurnos del sueño. Klein responde que ella no interpreta directamente (o silvestremente), sino que tiene en cuenta *toda* la situación en conjunto. No me interesa aquí señalar quién tiene razón (y de hecho pienso que esta crítica de Anna Freud a veces es justa y otras no), sino señalar cómo define Klein en este punto su actividad interpretativa: cuando ha llegado a comprender ciertas conexiones, «entonces interpreto estos fenómenos y los enlazo con el inconciente y con la situación analítica. Las condiciones prácticas y teóricas para la interpretación son precisamente las mismas que en el análisis de adultos» (*Obras completas*, vol. 2, pág. 144; *The Writings*, vol. 1, pág. 147). Esta cita de Klein es para mí importante porque apoya lo que dije antes, que el uso de la interpretación es el mismo en el niño que en el adulto y lo que varía es el concepto de material, que tiene que ver a su vez con el alcance de la fantasía.

El sistema Icc predomina en el niño. Es dable esperar, por esto, que el modo de representación simbólica prevalezca en su mente y que para tomar contacto con el niño debamos recurrir a la interpretación.

Si queremos penetrar en el inconciente del niño debemos estar atentos a sus modos de expresión para detectar lo antes posible la ansiedad y la culpa, porque sólo interpretándolas y aliviándolas podremos tener acceso al inconciente. «Entonces si llevamos hasta el fin el simbolismo que sus fantasías contienen, pronto veremos reaparecer la angustia y podremos así garantizar el progreso del trabajo» (*Obras completas*, vol. 2, pág. 145; *The Writings*, vol. 1, pág. 148).

7. Los puntos claves de la controversia

Si se comparan las ponencias del simposio con el libro de Anna Freud se observan de inmediato muchas divergencias. Digamos desde ya que no todas ellas se habrán de mantener en el curso del tiempo y no siempre tienen relación directa con lo que aquí estudiamos, esto es la interpretación. Las diferencias más notables se advierten en la extensión que se le da a la transferencia (y, en términos más amplios, a la fantasía) y en cómo se concibe el origen y la estructura del superyó.

Klein (1927) cree firmemente que una actitud ansiosa u hostil por parte del niño expresa la transferencia negativa (*The Writings*, vol. 1, pág. 145; *Obras completas*, vol. 2, pág. 142), mientras que Anna Freud (1927) considera que una reacción de este tipo en un niño pequeño puede deberse a su buen vínculo con la madre.¹¹ Antes al contrario, sigue Anna Freud, son precisamente los niños que gozaron de poco cariño en el hogar los que establecen más pronto una relación positiva con el analista.¹²

Klein replica, a su turno, que la clínica «ha confirmado mi creencia de que si inmediatamente explico este rechazo como sentimiento de angustia y de transferencia negativa, y lo interpreto como tal en conexión con el material que el niño produce al mismo tiempo, y luego lo retrotraigo a su objeto original, la madre, inmediatamente puedo comprobar que la angustia disminuye» (*Obras completas*, vol. 2, pág. 142; *The Writings*, vol. 1, pág. 145). Unas líneas más abajo, Klein afirma complementariamente que si la actitud del niño hacia nosotros es amistosa y juguetona estamos justificados en asumir que existe una transferencia positiva y hacer uso de ella sin hesitar en nuestro trabajo (*The Writings*, vol. 1, págs. 145-6; *Obras completas*, vol. 2, pág. 143).

El debate sobre si la transferencia aparece tempranamente y si tempranamente habrá de interpretarse sigue casi con el mismo fragor en nuestros días. No es este el momento de entrar en la polémica, pero sí de señalar que no se discute si hay que interpretar la transferencia sino el momento de su aparición.

El otro gran tema de controversia es el origen del superyó. Anna Freud piensa, como su padre, que el superyó se forma con la declinación del complejo de Edipo, mientras Klein postula que el superyó se forma a lo largo del complejo de Edipo y no en forma crítica al final. De esta forma cree no estar modificando las teorías de Freud. Klein parte de un hecho de observación en sus primeros análisis (Fritz, Félix), y es que el sentimiento de culpa aparece *antes* que decline el complejo de Edipo. Estos primeros atisbos clínicos se ven para ella fehacientemente confirmados cuando emplea con Rita, Inga o Pedro la técnica de juego. Los terrores nocturnos del segundo o tercer año de vida se constituyen claramente a partir de la escena primaria y persisten sin solución de continuidad en el complejo de Edipo de la etapa fálica.

Sobre esta base clínica, Klein va a sostener que el complejo de Edipo se inicia al comienzo del segundo año de la vida («The psychological principles of early analysis», 1926) o en la segunda mitad del primer año (*The psycho-analysis of children*, 1932, capítulo 1). Con la teoría de las posiciones, cuando el complejo de Edipo queda por fin enlazado a la posición depresiva, la fecha de su comienzo se corre al segundo trimestre del primer año. Pero entonces el superyó esquizoparanoide aparece *antes*

¹¹ «The more tenderly a little child is attached to his own mother, the fewer friendly impulses he has toward strangers» (*The Writings of Anna Freud*, vol. 1, pág. 45).

¹² «It is especially with children who are accustomed to little loving treatment at home, and are not used to showing or receiving any strong affection, that a positive relationship is often most quickly established» (*ibid.*).

del complejo de Edipo y lo determina, con lo cual la teoría de Klein dice justamente lo opuesto a la de Freud.

En este punto preciso, pues, viene a tener razón a la larga Anna Freud, si bien el enfoque clásico de la formación del superyó tropieza con más de una dificultad, como procuré demostrarlo en un trabajo en colaboración presentado al XIV Congreso de Psicoanálisis de América Latina (1982).

8. La interpretación en *El psicoanálisis de niños*

El psicoanálisis de niños, que Klein publicó en 1932, consta de una parte técnica y otra clínico-teórica que estudia el efecto de las situaciones tempranas de ansiedad sobre el desarrollo del niño. A los fines de nuestro estudio interesa la primera parte y sobre todo el capítulo segundo, «La técnica de análisis tempranos», donde la interpretación ocupa un lugar destacado. (El primer capítulo del libro se basa en el trabajo ya comentado de 1926.)

Al comienzo del capítulo 2, con el caso de Pedro, de tres años y nueve meses, Klein nos muestra cómo interpreta la escena primaria, los celos por el nacimiento del hermanito y los juegos sexuales, basada en la actividad lúdica del niño y sus asociaciones. Pregunta, computa la respuesta del niño, tantea su receptividad y finalmente interpreta. Lo hace con palabras sencillas pero informando detallada y detenidamente, sin ahorrar las referencias concretas a los órganos y sus funciones, así como a los objetos (padre, madre, hermanos y otras personas del ambiente). Klein insiste más de una vez en que la interpretación no debe ser simbólica, esto es, alusiva. Los símbolos deben ser traducidos literalmente y sin eufemismos. No basta decirle como el padre a Juanito que él quiere tener un bigote como el suyo si lo que se quiere decir es que el bigote representa el pene. Como dice en una nota al pie de este capítulo, si queremos tener acceso al inconciente del niño, y por supuesto que sólo lo podemos hacer con el lenguaje y a partir del yo, entonces debemos evitar circunloquios y usar palabras simples (*The Writings*, vol. 2, pág. 32; *Obras completas*, vol. 1, pág. 161).

Klein señala en este capítulo que en cuanto el niño le da material para interpretar lo hace *inmediatamente*. Parte de la base de que si el niño se comunica bien es porque está en transferencia positiva y entonces corresponde interpretar antes de que sea tarde, esto es antes que aparezca la ansiedad. Si la interpretación se hace a tiempo —y para Klein esto quiere decir en cuanto sea posible— entonces el analista evita o, mejor dicho, regula la emergencia de la ansiedad: «Así, con una interpretación hecha a tiempo —es decir, cuando se interpreta el material tan pronto como es posible—, el analista puede cortar la ansiedad del niño o reducirla...».¹³

¹³ «Thus by making a timely interpretation —that is to say as soon as the material per-

Así como es necesario interpretar cuando el niño está expresando sus fantasías, lo que para Klein implica un momento de transferencia positiva (o podríamos mejor decir un momento en que está operando suficientemente la alianza terapéutica) y antes que nuestra dilación haga subir la angustia y la resistencia, del mismo modo también hay que interpretar sin titubeos la transferencia negativa, que muchas veces se expresa en una actitud de timidez, desconfianza o vergüenza. En este punto Klein coincide con Reich (1927, 1933) en cuanto a la importancia de la transferencia negativa latente, aunque su estrategia sea diametralmente opuesta. El propone atacar sistemáticamente la resistencia caracterológica; ella busca tomar contacto con la fantasía inconciente.

Un postulado básico del efecto de la interpretación para Klein es que sólo a partir del alivio de la angustia en los niveles profundos de la mente se pueda analizar válidamente el yo del niño y su relación con la realidad. «Este establecimiento de la relación del niño con la realidad, así como el reforzamiento de su yo, se logran sólo muy gradualmente y son el resultado, y no la condición previa, del trabajo analítico» (*Obras completas*, vol. 1, pág. 155; *The Writings*, vol. 2, págs. 25-6). Con esta rotunda afirmación creo que se entiende lo que Klein quiere decir con interpretación directa y profunda; así como también en qué consiste su estrategia de tomar contacto con el inconciente.

Melanie Klein se aparta aquí *prima facie* del Freud de «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c) que aconseja formalmente no empezar a interpretar hasta que se haya establecido una efectiva transferencia, un apropiado *rappor*t con el paciente.¹⁴ Podría argüirse, sin embargo, que Klein no desoye el consejo, en cuanto supone que ese *rappor*t existe si el niño juega o le habla; pero es indudable que en este punto la transferencia tiene para Klein un alcance distinto al que le da el creador del psicoanálisis. Ella se aparta, por lo demás, de la confiada cautela de Freud, quien piensa que ese necesario *rappor*t se logra con sólo darle tiempo al analizado si el médico exhibe un interés genuino, elimina las resistencias iniciales y evita cometer ciertos errores. Klein piensa, en verdad, exactamente lo contrario: que el *rappor*t sólo se obtiene interpretando.

9. La interpretación en el período de latencia

La teoría de la interpretación de Klein se desarrolló a partir de su experiencia en el análisis de niños pequeños, donde una rica vida de fantasía y una aguda ansiedad facilitan el acceso al inconciente. En el período de latencia no se cuenta con esas (favorables) circunstancias y, por tanto,

mits— the analyst can cut short the child's anxiety, or rather regulate it» (The Writings, vol. 2, pág. 25; Obras completas, vol. 1, pág. 155).

¹⁴ «La respuesta sólo puede ser esta: No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un *rappor*t en regla» (*AE*, 12, pág. 140).

crecen las dificultades en el abordaje técnico. El yo del periodo de latencia, por otra parte, no se ha desarrollado por completo, de modo que el analista no cuenta con el deseo de curación del adulto ni con un desarrollo del lenguaje que haga posible la asociación libre: en otras palabras, el niño del periodo de latencia no juega como el pequeño ni asocia como el adulto.

La vía de abordaje que Klein encuentra en estas difíciles circunstancias tiene su punto de apoyo en la curiosidad sexual, donde la represión del instinto epistemofílico domina todo el cuadro. A poco que el material se lo permite, Klein le interpreta al niño latente que está preocupado por la diferencia de los sexos, el origen de los niños y la comparación con el adulto, cuidando que estas primeras intervenciones sean interpretaciones cabales y no explicaciones. Con la interpretación pronto se llega a la ansiedad y el sentimiento de culpa del niño, con lo que se establece la situación analítica, mientras que las explicaciones intelectuales o la actitud pedagógica sólo logran remover el material reprimido sin resolverlo, con lo que aumenta la resistencia.

Un caso por demás ilustrativo para comprender no sólo la técnica sino también la estrategia (o ideología) de Klein es el de Egon, un niño de nueve años y medio con graves problemas de desarrollo y dificultad para establecer contacto con las personas y la realidad, que se relata en la parte final del capítulo 4.

Al comenzar el tratamiento Klein invitó a Egon a usar el diván, lo que el niño aceptó con su proverbial indiferencia, sin que pudiera establecerse la situación analítica. La analista comprendió que la escasez de material dependía de dificultades en la verbalización que sólo podrían resolverse con métodos analíticos. Lo invitó entonces a considerar la posibilidad de jugar y, aunque Egon dijo como siempre que le daba lo mismo, empezó un juego por demás monótono y reiterativo con unos carritos.

Conocedora de que uno de los factores que iniciaron las dificultades de Egon fue que, cuando tenía cuatro años, el padre reprimió su masturbación y le exigió que por lo menos confesara cuándo lo había hecho, Klein trató de diferenciarse de ese padre severo y dominante jugando a los carritos con el niño durante varias semanas en silencio, evitando toda interpretación. Cuando al fin se decidió a interpretar en términos de coito de los padres, masturbación y rivalidad edípica, el monótono juego empezó a cambiar, a hacerse más rico y movido, al par que también se modificó la conducta del niño en la casa.

El caso Egon resulta así poco menos que experimental para Klein. Todos los intentos de establecer la situación analítica tratando de lograr un *rapport* fracasaron, mientras que la interpretación del material lo logró pronta y limpiamente. Klein concluye, pues, que fue tiempo perdido no interpretar el juego desde el comienzo y hasta piensa que si pudo mantener esa actitud sin poner en peligro la continuidad del análisis fue solamente por la intensidad con que la angustia de Egon estaba reprimida. En niños menos enfermos, demorar las interpretaciones conduce por lo general a la aparición de crisis agudas de ansiedad, que obligan a in-

interpretar prestamente antes que sea demasiado tarde y el niño abandone el tratamiento.

Cuando resume las conclusiones del capítulo, Klein afirma que en el período de latencia es esencial establecer contacto con las fantasías inconcientes del niño, lo que se logra interpretando el contenido simbólico del material en función de la ansiedad y el sentimiento de culpa; pero, como la represión de las fantasías es más intensa en esta etapa del desarrollo que en la anterior, muchas veces tenemos que encontrar el acceso al inconciente a partir de representaciones que se presentan como enteramente desprovistas de fantasías. Sin embargo, si el analista no se contenta con enfrentar este tipo de producto como una mera expresión de la resistencia y lo trata como verdadero material (esto es, como *contenido*) podrá abrirse camino al inconciente: «Prestando suficiente atención a pequeñas indicaciones y tomando como nuestro punto de partida para la interpretación la conexión entre el simbolismo, el sentimiento de culpa y la ansiedad, que acompañan esas representaciones, siempre encontraremos oportunidad de comenzar y efectuar la labor analítica» (*Obras completas*, vol. 1, pág. 201; *The Writings*, vol. 2, pág. 73).

A continuación Klein precisa qué quiere decir tomar contacto con el inconciente. El hecho de que en el análisis de niños nos pongamos en comunicación con el inconciente antes de que se haya establecido una relación fructífera con el yo no significa que este haya quedado excluido del trabajo analítico. Un tipo tal de exclusión sería imposible no sólo porque el yo está estrechamente conectado con el ello y el superyó sino también porque sólo podemos tener acceso al inconciente a través del yo. Lo que quiere decir Klein es que el análisis no se aplica al yo como tal, como hacen los métodos educacionales, sino que busca abrirse camino a las agencias inconcientes de la mente, decisivas en la formación del yo (*Obras completas*, vol. 1, pág. 201).¹⁵ Una actitud técnica que trate de estimular los intereses yoicos del niño no va a modificar sustancialmente la situación, ya que sólo la interpretación pone en marcha el proceso analítico y lo mantiene en movimiento (*Obras completas*, vol. 1, pág. 202).¹⁶ El análisis no se dirige al yo con medidas educacionales sino que busca abrirse camino al inconciente.

10. Algunas características de la interpretación kleiniana

Llegados a este punto resulta fácil comprender que Klein interpreta en una forma especial y distinta a otros autores, aunque no sea sencillo señalar en qué consiste su particularidad. Klein interpreta más frecuente-

¹⁵ «Nevertheless, analysis does not apply itself to the ego as such (as educational methods do) but only seeks to open up a path to the unconscious agencies of the mind those agencies which are decisive for the formation of the ego» (*The Writings*, vol. 2, pág. 74).

¹⁶ «For in child analysis it is interpretation alone, in my experience, which starts the analytic process and keeps it going» (*ibid.*, pág. 75).

mente que otros analistas y su táctica consiste en interpretar (al menos en el niño) tan pronto como le sea posible. Si el paciente está aportando material ella considera que esa actitud nace de su transferencia positiva y que demorar la interpretación sólo va a conducir a situaciones de angustia y resistencia. Si la angustia y la resistencia aparecen espontáneamente, entonces razón de más para interpretar con el fin de aliviar la primera y reducir la segunda.

Hay que recordar que toda esta teoría general de la interpretación surge justamente de la viva respuesta de los niños a la labor interpretativa. Estas respuestas eran de tal magnitud que la llevaron a consultar a Abraham sobre el camino a seguir. Abraham le repuso que, dado que las interpretaciones producían alivio y el análisis iba progresando, le parecía lógico no modificar el método.¹⁷

Klein siguió entonces impertérrita su método que consistía al fin y al cabo en interpretar la fantasía que estaba operando (según ella lo creyera) y la ansiedad que esa interpretación pudiera despertar.

Esta técnica ha sido combatida por muchos, muchísimos autores, que la consideran brusca y desconsiderada. A veces puede serlo, ya que Klein no tiene demasiado en cuenta los efectos colaterales de la acción de interpretar. La interpretación «directa» puede ser decodificada por el analizado efectivamente como agresiva o seductora, y esto puede ser más cierto todavía si el analista opera con un conflicto de contratransferencia. En otras ocasiones, una traducción simple de los símbolos, al omitir los eslabones preconcientes del material, puede llevar el proceso por vías de la abreacción o la intelectualización. Todos estos son riesgos ciertos y en alguna medida inevitables de la interpretación kleiniana, que se deben contrapesar con las virtudes innegables de este modo de operar que consiste en interpretar sin otro compromiso y objetivo que el de hacer consciente lo inconsciente, sin dejarse llevar jamás por la complacencia y la blandura, sin temer las consecuencias de decir lo que el analista considera que está pasando en la mente del analizado y que debe decir.

Si bien es cierto que la comprensión actual de las sutilezas del proceso analítico, la complejidad de la relación inconsciente entre el analista y analizado que deriva de la teoría actual de la contratransferencia y de la respuesta concreta del analizado a la interpretación (como fue expuesta por Luisa G. Alvarez de Toledo, 1954; Racker, 1958c, y Liberman, 1976a, entre muchos otros autores) nos obliga a ser muy cautos, los principios sentados por Melanie Klein siguen teniendo en mi opinión plena vigencia.

¹⁷ Véase «La técnica psicoanalítica del juego», 1955.

32. Tipos de interpretación

1. Repaso breve

Iniciamos el estudio de la interpretación a partir de los medios de que el terapeuta dispone para operar, medios a los cuales Knight llama *instrumentos*, en contraposición al *material* que surge del paciente y comprende todas sus modalidades expresivas. Los instrumentos de que dispone el psicoterapeuta son muchos, y menos los del analista en razón de lo riguroso de su técnica. Por esto decíamos que sólo contamos con tres herramientas básicas, la información, el esclarecimiento y la interpretación. Recordemos también que, a no ser que se dé al término interpretación un sentido muy amplio (pero también impreciso), deberá reconocerse que, como analistas, utilizamos otros elementos, por de pronto para recabar información. Los recursos restantes, en cambio, los que sirven para influir sobre el paciente, como el apoyo, la sugestión y la persuasión, no pertenecen a la técnica psicoanalítica. Se los podrá usar, a lo sumo, decía Bibring (1954), como recursos técnicos pero no terapéuticos; y aún así habrá que ver en el caso concreto si su empleo puede alguna vez justificarse.

Estudiamos después las diferencias entre interpretación y construcción, tema que está sobre el tapete y fue debatido en los congresos internacionales de Nueva York (1979) y Helsinki (1981), y frente al cual caben varios enfoques teóricos. Hay autores que los piensan como instrumentos sustancialmente distintos; otros consideran que son en esencia lo mismo y sólo reconocen diferencias de grado con respecto a situaciones técnicas concretas no menos que a determinados intereses teóricos que pueda tener el analista.

En el capítulo 29 se ha estudiado de manera específica la interpretación en sus diversos aspectos y modalidades. Sin proponérselo, seguimos la evolución histórica de la técnica misma, donde el concepto de hacer conciente lo inconciente (a través de la interpretación) se fue enriqueciendo con los diversos enfoques metapsicológicos que Freud y algunos de sus discípulos fueron descubriendo y describiendo.

Llegamos así a discriminar en la interpretación tres niveles: el topográfico, que corresponde a la fórmula más antigua y simple de hacer conciente lo inconciente; el dinámico, es decir el de vencer una determinada resistencia, y, por fin, el económico, que toma el material en el punto preciso en que (a juicio del analista, por supuesto), están cristallizando en ese momento los afectos más fuertes. Este concepto económico, ejr de

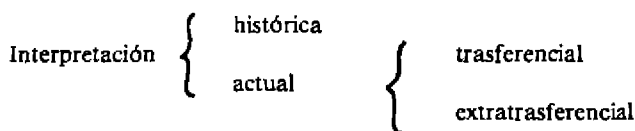
la técnica reichiana, volvió a aparecer en otro contexto teórico y con otra terminología como *timing* de la interpretación y punto de urgencia en la obra de Melanie Klein. Si bien es cierto que el concepto de *timing* tiende más bien a señalar la importancia de la ansiedad emergente, en cuanto es esta lo más relevante para la tarea interpretativa, implica que está en juego lo económico.

Estudiamos después la influencia de la teoría estructural en la interpretación, para lo cual seguimos el camino que desde Reich y Fenichel va hasta Anna Freud y su influencia en los psicólogos del yo de Estados Unidos y de Londres.

En el último capítulo hicimos un intento de dar un perfil de la interpretación en Melanie Klein, tarea nada fácil por cierto, en cuanto se suman las complejidades teóricas con los conflictos de la lealtad escolástica, que confiamos completar en este capítulo y el que sigue.

2. Tipos de interpretación

Luego de haber delimitado el concepto y estudiado la metapsicología de la interpretación, vamos ahora a discutir sus *tipos* (clases). En realidad, hay varios si no muchos tipos de interpretación; pero vamos a centrar la discusión en cuatro que abarcan los demás: interpretación histórica y actual; trasfereencial y extratrasfereencial, como muestra este pequeño cuadro sinóptico:



Este cuadro engloba la mayoría de las posibilidades interpretativas y está sustentado en dos teorías fundamentales: la teoría del conflicto (actual, infantil) y la teoría de la transferencia, esto es, la tendencia de los seres humanos a repetir el pasado en el presente.¹ Desde luego que nuestro cuadro sinóptico puede hacerse al revés sin que varíen los conceptos: interpretación trasfereencial y no trasfereencial histórica y actual.

La interpretación de la historia del paciente y la interpretación de su vida actual, la interpretación referente al pasado o al presente, no son cosas opuestas: somos historia y el presente es también parte de esa historia, tanto como el pasado también es parte del presente. Somos tiempo además de nosotros mismos, dice Heidegger. Aun sin esgrimir la teoría de la transferencia, *somos* nuestro pasado: más allá de que lo repitamos o no, en cada uno de nuestros actos se puede visualizar nuestro pasado. De

¹ Más adelante vamos a considerar otros tipos, como interpretación superficial y profunda, completa e incompleta, etcétera.

modo que cuando se hace esta clasificación no se sanciona una diferencia fundamental entre interpretar el pasado o el presente, porque en ambos casos se debe considerar al individuo en su conjunto.

3. Interpretación histórica

A pesar de lo que acabamos de decir, la praxis marca diferencias entre interpretar la historia y la actualidad. Acentuarlas nos lleva insensiblemente a replantear el problema de construcciones versus interpretaciones, en cuanto la construcción siempre se refiere al pasado. Llamamos de hecho *construcción* a un tipo especial de interpretación histórica, por medio de la cual tratamos de recuperar una situación pasada, con sus afectos, sus personajes y sus ansiedades, en la forma más completa y fidedigna posible. De modo que, a mi entender, la interpretación histórica, en cuanto acentúa su carácter de tal e intenta una puesta en escena de todos los elementos que en un momento dado estuvieron en juego, se llama concretamente construcción.² Como dice Phyllis Greenacre, «toda interpretación clarificadora incluye generalmente alguna referencia a la reconstrucción».³

Si es difícil deslindar conceptualmente interpretación y construcción, más lo es todavía separar construcción de interpretación histórica. Bernfeld (1932), como ya vimos, no las distingue y acaba por considerarlas sinónimos. Se puede decir que la construcción intenta recuperar acontecimientos olvidados (reprimidos) y la interpretación pulsiones y deseos. Esta diferencia, sin embargo, es más simpática y pedagógica que rigurosa. Si los acontecimientos se olvidan es justamente porque estaban impregnados de deseos y, viceversa, no puede haber deseos desgajados del acontecer vital del que los tiene.

De todos modos, los analistas que utilizan la construcción subrayan el valor del pasado, convencidos de que lo fundamental es reconstruir la historia, devolviendo al analizado el lugar que ocupó en la trama de su propia vida, restaurando los momentos en que esa historia se había roto.

No voy a pretender que se termine esta magna discusión pero quiero señalar que sean cuales fueren las teorías (y las predilecciones) con que el analista enfrenta su singular trabajo, no creo que haya analista alguno que en la práctica pueda ocuparse sólo de la transferencia y prescindir de las interpretaciones históricas o del conflicto actual; y, viceversa, ni aun el analista que circunscriba toda su labor a hacer la más cuidadosa reconstrucción del pasado y entienda la transferencia como un obstáculo del que hay que liberarse (una fascinación imaginaria de la que hay que de-

² Como vimos en su momento, el carácter hipotético de la construcción de ninguna manera le es específico; también la interpretación es una hipótesis, y no sólo por las decisivas razones del método sino también por las de la modestia y el tacto.

³ «Any clarifying interpretation generally includes some reference to reconstruction» (1974, pág. 703).

sengancharse, dice el Lacan de 1951, por ejemplo), va a pensar que podrá operar sin interpretaciones trasferenciales, aunque más no fuera para remover el obstáculo.

4. Interpretación actual

Nuestros analizados no viven, por cierto (¡y por suerte!) en una torre de marfil; y, por muy poderosa y estable que haya llegado a ser la neurosis de transferencia, el analizado tendrá conflictos y ansiedades con su ambiente, que aparecerán en la sesión a poco que cumpla la regla fundamental. A veces esos conflictos tienen más que ver con la transferencia que con el entorno, y entonces los llamamos *acting out*; otras veces se refieren concretamente a las personas que forman el grupo social, y entonces se plantea el problema de interpretarlos, cómo y hasta dónde interpretarlos.

Una crítica por demás frecuente en contra del análisis consiste en imputarle que olvida la realidad. Y esta crítica también la sufrimos de y la hacemos a los analistas con una orientación teórica distinta a la nuestra.

Por más que estemos muy atentos a la relación de nuestro analizado con su ambiente, no siempre es sencillo interpretarle su conflicto actual; y es discutible que la interpretación de lo actual, de lo real en la vida del paciente, pueda operar como instrumento de transformación. Para la mayor parte de los psicoanalistas, la interpretación del conflicto actual es más táctica que estratégica, preparatoria. No olvidemos, sin embargo, que el límite entre estas dos categorías es siempre azaroso, cuando no ideológico. Al fin y al cabo, las tácticas y la estrategia del analista cambian no sólo con su orientación teórica sino también (y así debe ser) con las infinitas fluctuaciones del proceso analítico.

5. Tácticas y estrategias interpretativas

Aunque no nos demos cuenta, al desarrollar nuestro pequeño cuadro sinóptico, tratamos no sólo los tipos (o clases) de interpretación sino también las tácticas y las estrategias interpretativas. Si aceptamos la noción de neurosis de transferencia que propone «Recordar, repetir y reelaborar», entonces la interpretación del conflicto actual será siempre, ya lo dijimos hace un momento, una interpretación táctica por definición, mientras que la estrategia subyacente será transferencial. Y diría más: cuando las interpretaciones del conflicto actual se transforman en estratégicas estamos saliéndonos del método del psicoanálisis, estamos enfocando desde un ángulo completamente distinto la situación terapéutica. Estamos haciendo, tal vez sin darnos cuenta, *ontoanálisis*, ya que al psicoanalista existencial le interesa el *encuentro existencial* y le da lo mismo que ese momento de encuentro sea dentro o fuera de la sesión. La estrate-

gia del ontoanálisis es que los dos existentes puedan unirse, y esas interpretaciones, entonces, no se dan en términos tácticos (para llegar a una situación distinta) sino que son la base misma del trabajo; son interpretaciones estratégicas, porque la estrategia de su labor es buscar un encuentro existencial. En cambio, cuando yo como analista interpreto el conflicto actual, dado que estoy operando con la teoría de la transferencia, doy esa interpretación tácticamente esperando que surja el vínculo con el pasado.

Por otra parte, los psicoanalistas que piensan que en nuestro trabajo no hay otra cosa que la situación de campo, en realidad transforman en estratégicas las interpretaciones del *aquí y ahora*. Creen que si se modifica el campo cambia necesariamente el mundo entero de objetos del analizado. Esta posición es a mi juicio errónea por cuanto no tiene suficientemente en cuenta los mecanismos de disociación temporal. A veces el conflicto transferencial se «resuelve» idealizando al analista y culpando a los padres de la infancia.

El problema sólo puede solucionarse cuando el analista capta al analizado en esa zona de bruma en que el pasado y el presente se superponen, y con la interpretación delimita esas dos áreas. Sólo entonces el presente se hace presente enriquecido por todas las notas del pretérito y este, a su vez, queda delimitado como tal, como experiencia: no hay pues de entrada dos áreas distintas, sino que quedan en rigor definidas como producto del trabajo analítico. Para el inconciente, decía Racker, el analista es el padre y el padre es el analista. Sólo después de la interpretación adecuada quedan esos dos objetos deslindados.

6. La interpretación transferencial

La teoría de la transferencia se mueve obligatoriamente entre dos polos, el campo ahistórico y la historicidad del sujeto. Podremos subrayar un aspecto o el otro según nuestras inclinaciones doctrinarias, pero nunca desconocer uno de los dos. Como acabo de señalar, el dilema no se supera con la distinción entre tácticas y estrategias interpretativas, ya que estas dependen menos de nuestras teorías que de las fluctuaciones del proceso analítico. Tenemos que pasar del campo ahistórico a la historia y viceversa en una especie de compromiso doble; y, en rigor, el dilema cesa si aplicamos rectamente la teoría de la transferencia, teoría según la cual la enfermedad consiste en que tanto el pasado como el presente se confunden en la mente del sujeto enfermo.

En su perdurable trabajo de 1956, Paula Heimann subraya la importancia de la *función perceptiva* en la dinámica de la interpretación transferencial. Heimann presentó su trabajo al Congreso de Ginebra de 1955 (y lo publicó en el *International Journal* del año siguiente). Es uno de los grandes escritos sobre la interpretación, como el de Strachey que comentaremos más adelante. También nos ocuparemos ahora de un posescrito de

Paula Heimann, que modifica algunas de las ideas expuestas en Ginebra.⁴

El punto de partida de Paula Heimann es que la terapia analítica se dirige al yo del paciente, cuya función primordial, de la que todas las otras derivan, es la percepción. La percepción es al yo como el instinto al ello, ya que la percepción supone que el yo catectiza activamente el objeto, a través de mecanismos de proyección e introyección. De este modo, la función básica del yo, la percepción, queda indisolublemente asociada a los procesos que sancionan la estructura y el desarrollo del yo y la relación de objeto. «La percepción inicia el contacto, y el contacto implica los básicos mecanismos de introyección y proyección que construyen y dan su forma al yo».⁵

En la percepción opera el instinto de vida en busca de la unión y el contacto con el objeto, en primer lugar el pecho de la madre; mientras que la finalidad del instinto de muerte es evitar o destruir el contacto, la unión con el objeto. Es el instinto de vida, entonces, el que dirige el sujeto hacia el objeto y engendra la percepción, y es a partir de este hecho capital que podemos definir la tarea del tratamiento como la amplificación del conocimiento de sí mismo a través de la relación emocional con el analista. De esta forma, la transferencia se convierte realmente en el campo de batalla donde van a dirimirse los conflictos del analizado, esos mismos conflictos que, en su momento, dieron su forma al yo (*ibid.*, pág. 304).

La tesis fundamental del trabajo es, por lo tanto, que el instrumento específico del tratamiento psicoanalítico es la interpretación trasfereencial (*ibid.*, págs. 304-5), que permite al yo percibir su experiencia emocional y hacerla conciente en el momento justo en que se despierta y en directo contacto con el objeto.

La otra tesis fuerte del trabajo de Heimann es que la fantasía inconciente (tal como la definió Susan Isaacs) opera en todo momento. Desde este punto de vista, la fantasía inconciente, causa de la transferencia, no es algo que irrumpe ocasionalmente en la relación del analizado con su analista y entonces interfiere con su razón y su deseo de cooperar, sino la matriz fértil de la que nacen sus motivaciones concientes e inconcientes, racionales y no racionales.

La tarea del analista consiste en hacer concientes al analizado sus fantasías inconcientes y esto se aplica tanto a la transferencia positiva como a la negativa, tanto a su cooperación cuanto a su resistencia.

Hay todavía una tercera tesis en el trabajo de Heimann y se refiere a la función del analista. Como decía Freud, el analista debe ser un espejo para el paciente, debe reflejarlo dándole así la oportunidad de percibirse a sí mismo en el otro: el analista asume el papel de un yo suplementario para el paciente. Para funcionar de esta manera, concluye Heimann, el

⁴ Hay que tener en cuenta que después de escribir este artículo, Heimann se apartó de la escuela kleiniana.

⁵ «*Perception initiates contact; and contact involves the main structural mechanisms of introjection and projection, which then build up and shape the ego*» (Heimann, 1956, pág. 303).

analista debe dejar que el paciente tome la iniciativa, y le estará siempre vedado intervenir activamente con opiniones y consejos; y, al mismo tiempo, tendrá que analizar permanentemente su contrasferencia para obtener de ella indicios de lo que le pasa al analizado, a fin de cumplir con su difícil papel.

Si el analista mantiene ese equilibrio, concluye Heimann, su actividad interpretativa puede ser su respuesta a una pregunta implícita: ¿qué está haciendo el analizado ahora a quién y por qué?

7. La interpretación extratransferencial

De toda la discusión anterior surge una y otra vez un interrogante que tiene siempre vigencia: ¿qué lugar ocupa en el psicoanálisis la interpretación extratransferencial? Por interpretación extratransferencial se entiende aquí, según lo ya estudiado, la que opera sobre el conflicto actual o el conflicto infantil.

Si quisiéramos plantear este problema en los términos de Paula Heimann podríamos decir que todo depende de los procesos perceptivos que están jugando en un momento dado en la situación analítica. Como dice Lacan (1958), la interpretación que da el analista, si la da, «va a ser recibida como proveniente de la persona que la transferencia supone que es» (*Lectura estructuralista de Freud*, pág. 223). Dentro de la técnica lacaniana, esta advertencia sin duda influye en la actitud de silencio del analista, mientras que en la Paula Heimann de 1955 y en general en todos los analistas kleinianos opera como un llamado de atención para no pasar por alto la transferencia.

Heimann tiende a pensar que sólo en raras ocasiones el analista es realmente el analista para el paciente. Son esos momentos, señala, en que el paciente toma conciencia de su historia y habla de sus objetos, de su madre o su padre, y está realmente en unión con ellos; el analista pasa a ser un testigo privilegiado de ese encuentro, en que cristaliza y fructifica su persistente labor en el campo de la transferencia.

El problema que se le plantea más a la técnica, quizá, que a la estrategia cuando se hace una interpretación histórica o actual es si la hace de verdad el analista o meramente el objeto que se le ha transferido en ese momento. En este último es el caso, la intervención será para el paciente amenaza, reproche, complicidad, seducción: todo menos una interpretación, porque se sustituye el centro de dispersión que estaba en la transferencia.

El riesgo de las interpretaciones extratransferenciales, entonces, reside en que el paciente las reciba con una perspectiva transferencial. En términos de Heimann no habremos modificado la distorsión perceptiva del yo del paciente; habremos aumentado el malentendido si preferimos hablar como Money-Kyrle (1968, 1971). Este riesgo, sin embargo, no debe tomarse como un obstáculo insalvable: siempre puede el analizado malentender y siempre puede el analista corregir ese malentendido con una

nueva interpretación. Y también podemos caer en el error contrario haciendo una interpretación trasfereñal cuando lo que hubiera correspondido era atender el conflicto infantil o el actual. Si queremos ser todavía más precisos tendremos que decir que toda interpretación va a ser bien comprendida por una parte del yo (el yo observador) y al mismo tiempo distorsionada por el yo vivencial, de modo que cada vez que vamos a interpretar tendremos que pesar ambas posibilidades. Si el yo observador es suficiente (o, lo que es lo mismo, si contamos con una aceptable alianza terapéutica) la posibilidad de que la interpretación sea operante es desde luego mayor. Es en estas condiciones, justamente, que aumenta su alcance la posibilidad de una interpretación extratrasfereñal.

Sin embargo, es también innegable que, por su índole, la interpretación trasfereñal cuenta con mejores recursos para corregir la distorsión perceptiva del yo (malentendido) porque se dirige a lo inmediato, a lo dado; y, al mismo tiempo, el analista puede rescatarse mejor en su condición de tal al devolver el drama al verdadero tiempo de su historia. Estos dos elementos son importantes, y porque sólo se pueden dar a partir de la interpretación trasfereñal le confieren a esta un valor especial.

Si aceptamos sin cortapisas la teoría de la transferencia podemos afirmar que, en la medida en que corregimos la intromisión del pasado en el presente, tenemos más oportunidades de operar como analistas. Cada vez que interpreto bien la transferencia aumento el ámbito desde donde puedo hablar como analista.

En resumen, la oposición dilemática entre interpretación trasfereñal y extratrasfereñal se resuelve respetando la complejidad del material sin ampararse en la comodidad de las opciones escolásticas. Como decía el maestro Pichon Rivière, una buena interpretación, una interpretación *completa*, tiene que tomar los tres ámbitos y mostrar la identidad esencial de lo que pasa en el consultorio con lo que sucede afuera y lo que se dio en el pasado. Si tomamos una de estas áreas solamente, sea cual fuere, como si no existieran las otras dos, entonces ya no operamos con la teoría de la transferencia.

8. La interpretación completa

Una *interpretación completa*, acabamos de verlo, debe integrar todos los niveles que ofrece el material: conflicto infantil, conflicto actual y transferencia. En la medida en que utilizamos coherentemente la teoría de la transferencia, apoyados en los postulados psicoanalíticos más clásicos, más freudianos, salvamos la contradicción entre los diversos niveles de operación que convergen hacia una situación total.

Lo decisivo para entender las diferencias escolásticas es deslindar en su real jerarquía los niveles de acción del analista. Esto depende de las teorías pero también de la clínica.

Si nosotros postulamos como Paula Heimann que la realidad se per-

cibe a partir de la fantasía inconciente, lógicamente vamos a pensar que la realidad inmediata de donde podemos partir es la transferencia. Si sostenemos, en cambio, que el conflicto a analizar se encuentra en un círculo cerrado al que sólo podemos acceder luego de un proceso de regresión, antes de intervenir tendremos que esperar en silencio hasta que eso suceda. Y más en silencio nos quedaremos todavía si sostenemos que la transferencia es un fenómeno imaginario del que nos debemos desenganchar sin ceder a la demanda.

Algunos analistas, entre los que se destaca Ricardo Avenburg (1974, 1983), dicen que la transferencia está tanto afuera como adentro de la sesión y es indistinto entonces interpretarla en un sitio o en otro: mi transferencia materna va a ser tanto con mi esposa y mis amigas como con la doctora que me analiza; y esto es cierto, absolutamente cierto, un hecho, dicho sea de paso, que muestra la espontaneidad del fenómeno transferencial. Estos analistas no tienen en cuenta, sin embargo, que cuando mi doctora analiza mi transferencia materna con mi mujer o con una colega puede no ser la analista para mí. Puede ser mi mamá, por ejemplo, una mamá que no se hace cargo de su responsabilidad y me deja con «la niñera», cuando no una mamá que consiente el acting-out de que yo me vaya con la vecina o con la tía que mi mujer está representando; o será mi papá que me va a castrar por mi vínculo incestuoso; o mi hermanito celoso de verme con mamá, etcétera. ¿Y, al fin y al cabo, quién le asegura a mi analista que mi mujer sea mi mamá en ese momento para mí? Puede ser mi papá, por ejemplo. ¡Y hasta puede ser lisa y llanamente mi mujer, sin distorsiones! Para ser todavía más preciso debo decir que, en realidad, cuando mi analista interpreta mi transferencia materna con mi mujer o con alguien afuera opera con dos inferencias teóricas: que mi mujer o quien fuera es mi mamá para mí y que ella, mi analista, es mi analista para mí. Estos dos supuestos pueden darse, por cierto; pero no deja de ser paradójico que, en ese preciso momento, yo distorsiono allá y no aquí. Si así fuera en efecto, habría que preguntarse en qué forma están operando los mecanismos de disociación.

En este punto se comprende la importancia que otorga Heimann al fenómeno perceptivo, ya que siempre será más fácil para el analista advertir y para el analizado corregir una distorsión perceptiva cuando se da en el campo. Más seguro es hablar de la (neurosis de) transferencia que uno ve que de las transferencias que infiere. El error se hará ya inevitable cuando un problema de contrasferencia lleve a interpretar de esta manera. Si el analista está realmente aludido y prefiere no obstante interpretar el conflicto actual o el conflicto infantil, es lógico suponer que lo está influyendo su contrasferencia.

Muchas de estas reflexiones pueden aplicarse *mutatis mutandi* a Lacan, o más precisamente al Lacan de la «Intervención sobre la transferencia». No basta de ninguna manera operar la inversión dialéctica del material, desengancharse de la transferencia y remitir al paciente a su historia, aunque más no fuera porque esa actitud del analista puede ser vista por el paciente desde su conflicto transferencial. Así, por ejemplo, operar

la inversión dialéctica (aunque desde luego no se digan estas palabras) será para el analizado la homosexualidad; remitirlo a la historia, sacarlo de la cama de los padres, etcétera. Me acuerdo de un paciente eritrofóbico que se ponía colorado cada vez que se usaba alguna expresión que (a nivel de proceso primario) pudiera aludir a la homosexualidad, como por ejemplo dar marcha atrás con el automóvil, hacer una inversión bancaria, etcétera.

Todo esto explica por qué hemos establecido diferencias entre el nivel táctico y el nivel estratégico de la interpretación, como también hace Löwenstein. En forma esquemática querría proponer que, en términos de la *situación analítica* (esto es del campo), la interpretación trasfereencial es la estrategia del analista, mientras que las interpretaciones del conflicto actual son tácticas o resultan de la elaboración que sigue a aquella: «Se comprende ahora por qué siente usted que su mujer...». Desde la perspectiva del *proceso psicoanalítico*, en cambio, la interpretación trasfereencial es táctica y se subordina a la estrategia de establecer su nexo con el pasado, con el conflicto infantil.

Más allá de estas líneas generales, sin embargo, siempre debemos partir de lo que aparece manifiestamente en el material. Si lo que realmente predomina en el material es el conflicto actual, interpretarlo será en principio lo más legítimo, mientras que trasegarlo a la transferencia como hace a veces el analista novel («Y eso también le pasa conmigo») no será más que un artefacto. Este artefacto se verá aparecer con más frecuencia, desde luego, en los grupos analíticos que consideran fundamental interpretar en la transferencia y originan, por consiguiente, un superyó analítico que presiona en esa dirección. De todos modos, es probable, sin embargo, que la interpretación del conflicto actual formulada en estas condiciones sólo cumpla la función táctica de reactivar el conflicto trasfereencial, como decía Strachey.⁶

La interpretación extratrasfereencial del conflicto actual adquiere un valor distinto cuando queda integrada al proceso de elaboración. Como veremos al hablar de insight, el efecto de la interpretación debe entenderse a partir del proceso de elaboración, que en buena parte se cumple mostrándole al analizado hasta qué punto repite la misma situación en contextos distintos (Fenichel, 1941). Esto sólo se alcanza atendiendo imparcialmente la transferencia, el conflicto actual y el conflicto infantil, según vayan apareciendo en el material.

Una interpretación *completa* es, entonces, la que abarca las tres áreas del conflicto. Y digamos que aquí, como en la aritmética, el orden de los factores no altera el producto. Da lo mismo que sigamos el camino que va de la transferencia a la historia y de allí al conflicto actual u otro cualquiera. Todas las combinaciones son válidas y no hay, por tanto, una ruta obligatoria. En cuanto pretendemos aplicar un esquema estricto ya estamos en falla, porque ningún esquema puede abarcar la variedad infinita de la experiencia del consultorio. Si bien es cierto que el pasaje por la

⁶ A este interesante tema volveremos al estudiar la interpretación mutativa.

trasferencia es ineludible y privilegiado, porque nuestro enemigo jamás podrá ser vencido *in absentia* o *in effigie*, tampoco es concebible un análisis en que no se interprete el conflicto actual si vamos a ser consecuentes con el concepto de elaboración; y no digamos el conflicto infantil, que es insito a la transferencia.

La verdad es que si somos receptivos, el material del paciente nos va a llevar continuamente de aquí para allá, girando en estas tres áreas. La objetividad analítica, medida en la atención flotante, supone tomar el material como viene y sin prevención. Sin memoria y sin deseo, dice Bion con sencillez hiperbólica. La única prioridad es la asociación libre.⁷

Como ya hemos dicho, la mayor dificultad de la interpretación extratrasferencial, y también su riesgo, es que, por lo general, el analista tiene asignado un papel en la transferencia; y, en la medida en que ese papel sea fuerte, toda interpretación extratrasferencial está destinada al fracaso, a ser mal entendida. Cuando el analista es el analista para el paciente, y esto se mide en la cantidad de yo observador del paciente en un momento dado, entonces da lo mismo interpretar en la situación analítica o afuera. No siempre tenemos esa suerte, sin embargo, lo que no puede llamar a nadie la atención si nos atenemos a lo que dice la teoría, que la libido del neurótico está ligada a figuras arcaicas y por tanto no disponible para los objetos de la realidad. Es por esto que, probabilísticamente, se puede afirmar que no se nos da frecuentemente la ocasión de interpretar fuera de la transferencia. La probabilidad, sin embargo, no puede regir la praxis concreta del consultorio y la alternativa opuesta también es valedera. No interpretar el conflicto actual o el conflicto infantil cuando corresponde, dando en su lugar una convencional interpretación en la transferencia, es un error que refuerza los mecanismos de disociación y contribuye a idealizar al analista.

Los mecanismos de disociación complican y enriquecen la tarea del analista. Estamos habituados a descubrir que el paciente disocia cuando habla de su conflicto actual o de su conflicto infantil para eludir el conflicto en la transferencia; pero puede ser que haga justamente lo contrario, reforzando artificialmente el conflicto con el analista para no ver lo que le pasa afuera o para no hacerse cargo de su historia; y también, desde luego, para complacer al analista que sólo ve la transferencia. Aquí si nos quedamos enganchados en la transferencia, en una situación ilusoria, imaginaria, como dice Lacan. Recuerdo un hombre rico y muy inteligente que hablaba vanamente de «su relación conmigo» el día que había recibido la noticia de que una de sus principales empresas estaba por quebrar. No menos problemático me resultaba aquel otro paciente que mientras se debatía en un conflicto transferencial de inusitada intensidad decía que iba a hablar de mí porque era el único tema que a mí me interesaba. Esta predilección «mía» era ya motivo suficiente para que cuando me agraviara insultándome de arriba a abajo.

⁷ Ejemplos pertinentes van a encontrarse en mi trabajo «Instances and alternatives of the interpretative work» (1981c).

En fin, tenemos por fuerza que aceptar la hermosa complejidad de la situación analítica y pensar que nunca podemos estar seguros de nada, receptivos al material, atentos siempre a los cambios que puedan ocurrir. El proceso analítico es muy sutil y no lo vamos a simplificar con una posición tomada de antemano.

Uno de los factores que le da a la interpretación trasferencial un valor insustituible es su inmediatez y está implícito en las teorías de Strachey, como veremos en su momento, que el *setting* analítico opera como una realidad testeable. El *setting* es la condición necesaria del trabajo analítico. La actitud mental y emocional del analista son parte de su *setting*, condiciones necesarias para el trabajo analítico, donde opera como único factor suficiente la interpretación. Si la interpretación opera es, justamente, porque están dadas las condiciones para que el paciente la tome como interpretación. Porque si yo tengo rivalidad con mi paciente y le hago la mejor interpretación del mundo sobre su rivalidad edípica, esa interpretación nunca va a ser operante. Y tampoco es buena en realidad, es una forma sofisticada de ejercitar mi rivalidad y nada más. Si la interpretación resulta útil es porque las condiciones necesarias para formularla están dadas.

9. La enmienda de Paula Heimann

En el *post scriptum* que publicó el *Bulletin* de la Asociación Psicoanalítica de Francia en 1969, Paula Heimann vuelve sobre su artículo de 1956 para señalar algunos cambios en esos casi quince años.

Ya no acepta la teoría freudiana de las pulsiones de vida y de muerte, que abrazó con entusiasmo desde sus años de candidata. Hay una tendencia destructiva primaria en el ser humano al lado de la libidinosa, pero no le parece ahora convincente la relación entre la hipotética pulsión de muerte y la tendencia destructiva primaria.

Heimann cree, también, que su trabajo concedía una importancia exagerada a las relaciones de objeto y a los mecanismos de introyección y proyección que modelan el crecimiento del yo, dejando en la sombra las capacidades innatas del yo en cuanto potencialidades que impulsan el desarrollo. Siguiendo a Hendrick, nuestra autora considera que los mecanismos del yo no son sólo defensivos sino también ejecutivos.

Sigue pensando que la interpretación es la única herramienta específica del análisis, pero da ahora más importancia a la situación analítica y a las concepciones actuales que la describen en la doble vertiente de la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia. La situación analítica en cuanto *milieu* ofrece al analizado un ambiente que semeja el medio familiar de la infancia y, al mismo tiempo, es exquisitamente variable y rico en estímulos.

En cuanto repto la indiferenciación original entre el lactante y los cuidadores maternos, el medio analítico permite al paciente revivir la ilu-

sión narcisística de ser uno con sus padres amantes y revivir la confianza primitiva de la cual depende un desarrollo favorable. Es en el interior de este equipo de trabajo donde se ubican los procesos de individuación, así como el descubrimiento de las capacidades específicas del yo que pueden corregir lo que andaba mal.

Los cambios en la condición psíquica del paciente dependen de una toma de conciencia de sí mismo y esto le viene de las interpretaciones del analista; pero al evaluar la importancia de una interpretación no podemos descuidar el efecto del medio psicoanalítico, que por su constancia representa una fuente de transferencia positiva.

Lo que el analista ofrece con la interpretación y a veces con una pregunta o un ¡hum! es la percepción de un proceso que debe ser para el yo un punto de partida. No le corresponde al analista ofrecer al paciente la solución de sus problemas sino un esclarecimiento que agregue algo a lo que el analizado ya sabía de sí mismo.

El analista, en fin, debe estar atento al significado de la transferencia pero también a la importancia de los acontecimientos fuera de la situación analítica.

El *post scriptum* de 1969 marca un cambio evidente en el pensamiento de Paula Heimann. La interpretación comparte ahora con el *milieu* psicoanalítico las potencialidades curativas del método y sus alcances quedan muy limitados. No es ya una información que amplía la capacidad perceptiva del yo sino un esclarecimiento que agrega algo a lo que el analizado ya sabía de sí mismo. Sin pretender explicarlo todo, la interpretación puede reducirse a un «hum», que tanto signifique comprensión como duda.

La transferencia no es ya lo decisivo, y la interpretación debe ocuparse también de la realidad exterior.

En cuanto a su alcance y profundidad, la interpretación se acerca ahora al esclarecimiento, y no es casual para mí que se la crea superponible a esa famosa interjección que puede transmitir mucha comprensión y afecto pero poca información.

10. Sobre el registro de la fantasía inconciente

Al apoyarse resueltamente en el concepto de fantasía inconciente de Susan Isaacs, el trabajo de Heimann da las razones teóricas que llevan a los analistas kleinianos a interpretar con más amplitud y frecuencia la transferencia. Melanie Klein misma lo había dicho en «The origins of transference» (1952a): «Durante muchos años —y esto es hasta cierto punto todavía cierto ahora— la transferencia ha sido entendida en términos de referencias directas al analista en el material del paciente. Mi concepto de que la transferencia tiene sus raíces en los estadios más tempranos del desarrollo y en los niveles más profundos del inconciente es mucho más amplia y entraña una técnica por la cual los *elementos inconcientes*

de la transferencia se deducen de la totalidad del material presentado».⁸

Paula Heimann desarrolla en su ensayo estas afirmaciones de Klein, en las que también se basa el trabajo de López (1972) cuando estudia en qué forma se puede descubrir la fantasía inconciente que alimenta la transferencia en la sesión y cómo se construye desde ahí la interpretación. López se apoya especialmente en algunos elementos de la teoría de la comunicación y en los informes que el analista registra como contratransferencia. En el paciente neurótico típico, dice López, la vía preferida de la comunicación es la verbal; pero en los caracterópatas buena parte de la comunicación transcurre por canales no verbales o paraverbales, que son justamente los que más inciden en la contratransferencia. La comprensión así obtenida «se completa mediante su correlación con el significado verbal» (López, 1972, pág. 196).

Cuando el compromiso contratransferencial es todavía mayor, como en la psicosis, el analista por lo general tiene que interpretar sin atender las alternativas del significante verbal.

En los casos intermedios de la clasificación de López, los trastornos del carácter, el analista puede a veces correlacionar el significante verbal con lo registrado en la contratransferencia y llega entonces a construir una interpretación que incluye al significante verbal (qué es lo que dice), el componente paraverbal (cómo lo dice) y el no verbal (qué es lo que hace) (*ibid.*, pág. 198).

11. La revisión de Merton Gill

Recientemente, Merton M. Gill (1979) ha vuelto al tema de la transferencia, preocupado porque tiene la impresión de «que el análisis de la transferencia no se lleva a cabo de manera tan sistemática y detallada como creo que podría y debería hacerse» (*ibid.*, pág. 138).⁹ Piensa Gill que lo más descuidado es la interpretación de la resistencia a tomar conciencia de la transferencia, pero hay también un paso ulterior donde se debe interpretar la resistencia a resolver el vínculo transferencial. En el primer caso el analizado se resiste a tomar contacto con lo transferido, en el segundo se resiste a abandonarlo. «La interpretación de la resistencia a tomar conciencia de la transferencia apunta a hacer explícita la transferencia implícita, mientras que la interpretación de la resistencia a la resolución de la transferencia apunta a que el paciente comprenda que la transferencia ya explícita incluye sin dudu un determinante del pasado» (*ibid.*, pág. 139).

⁸ «For many years — and this is up to a point still true today — transference was understood in terms of direct references to the analyst in the patient's material. My conception of transference as rooted in the earliest stages of development and in deep layers of the unconscious is much wider and entails a technique by which from the whole material presented the unconscious elements of the transference are deduced» (*The Writings*, vol. 3, pág. 55).

⁹ Cito la traducción española en *Psicoanálisis*, pues no poseo la versión inglesa ni tuve la suerte de recibir a tiempo *Analytic of the transference*, de Gill y Hoffman.

Esto lo lleva a nuestro autor a señalar que se descuida por lo general el análisis de la transferencia aquí y ahora al amparo de las interpretaciones genéticas que tratan de remitir el conflicto transferencial a los modelos infantiles que lo originaron. Gill cae en la cuenta de que, al huir de la transferencia hacia el pasado, analizado y analista se alivian de los perturbados afectos del presente.

A partir de estas reflexiones, Gill propugna que debe ampliarse el campo de la transferencia en la situación analítica, atendiendo a las alusiones encubiertas a la transferencia en el material del analizado y prestando atención a las circunstancias reales de la situación analítica que determinan el fenómeno transferencial aquí y ahora, antes de recurrir a la interpretación transferencial genética. De esto se sigue, naturalmente, que muchas asociaciones del analizado sobre hechos y personas de la realidad deben ser interpretados en términos de la transferencia o como acting out.

Con su erudición habitual, Gill nos muestra un Freud, verdadero por cierto, que desde la autobiografía de 1925 hasta *La interpretación de los sueños* nos está alertando sobre que la situación analítica y el analista mismo están aludidos permanentemente en el material asociativo del analizado y que será así la fuente de inspiración del notable trabajo de Strachey sobre la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis (*ibld.*, pág. 159).

Gill trata de diferenciarse de los analistas kleinianos asegurando que estos no tienen en cuenta —como él— los rasgos reales de la situación analítica presente; pero tal vez el talentoso investigador de Illinois podría llegar a revisar esta tajante afirmación si leyera con menos pasión el trabajo de Strachey, que tanto admira, si recordara lo que dijo Paula Heimann sobre el yo y la percepción y —*last but not least*— si relejera sin prejuicio «The origins of transference».

33. La interpretación mutativa *

El 13 de junio de 1933 James Strachey leyó en la Sociedad Británica una comunicación, «The nature of the therapeutic action of psychoanalysis», que habría de dejar honda huella en el pensamiento psicoanalítico. Es, sin duda, uno de los trabajos más valiosos de la bibliografía, y hay quien dice que es de todos el más leído, naturalmente si se excluye a Freud. Apareció en el *International Journal* de 1934 y fue reeditado nuevamente en 1969, al conmemorar la revista su quincuagésimo aniversario.¹ En el número anterior del mismo volumen se publicaron las notas necrológicas de Anna Freud y Winnicott por la muerte de Strachey.²

Poco después, el 4 de agosto de 1936, durante el XIV Congreso Internacional de Marienbad, Strachey habló en el *Symposium on the Theory of the Therapeutic Results of Psycho-Analysis*, junto a Glover, Fenichel, Bergler, Nunberg y Bibring, todos por cierto analistas de primera línea. Ese relato reproduce las ideas del anterior con algunas diferencias que señalaré más adelante.

Como su nombre lo indica, el trabajo de Strachey se interroga sobre los mecanismos que llevan a cabo los efectos terapéuticos del psicoanálisis, y su respuesta es clara: la acción terapéutica del psicoanálisis depende de los cambios dinámicos que produce la interpretación y sobre todo un tipo especial de interpretación, que él llama *mutativa*.

A cincuenta años de la lectura de su ensayo quiero rendirle homenaje, mostrando hasta qué punto tiene actualidad y vigencia.

1. Antecedentes del trabajo de Strachey

El escrito de Strachey y el simposio de Marienbad tienen un antecedente cierto en el VIII Congreso de Salzburgo (1924), donde fueron relatores Sachs, Alexander y Radó. Estos trabajos,³ a su vez, muestran la di-

* Transcribo mi trabajo «A cincuenta años de la interpretación mutativa», publicado en la *Revista Chilena de Psicoanálisis* de 1982 y también en el *International Journal* de 1983.

¹ El otro trabajo que mereció ese honor fue el de Edward Bibring «The development and problems of the theory of the instincts», aparecido primero en *Imago* (1936) y después en el volumen 22 del *International Journal* (1941).

² Strachey murió a los 79 años en abril de 1967. Cuando leyó su célebre *paper* tenía unos 45 años.

³ Publicado en el *International Journal* de 1925.

recta influencia de la teoría estructural de Freud, y sobre todo del novedoso concepto sobre la sugestión que se proponía en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921c).

La contribución de Sachs (1925) sugiere que el cambio estructural que provoca el análisis depende de una modificación del ideal del yo (superyó). El antiguo conflicto entre el ello y el yo se resuelve porque el superyó del paciente se conforma a la actitud del superyó analítico y adopta una actitud de sinceridad frente al impulso que permite remover la represión.

Alexander (1925), por su parte, también considera que el conflicto debe ser resuelto a partir de una modificación del superyó; pero sus supuestos van un poco más lejos que los de Sachs, ya que el superyó es para él una instancia arcaica que la cura debe demoler.

Alexander sostiene que el superyó no tiene acceso a la realidad ni el yo contacto con el instinto. El yo es ciego a los estímulos internos y ha olvidado el lenguaje de las pulsiones, mientras que el superyó sólo entiende ese lenguaje y todo lo que exige es el castigo del yo (1925, pág. 23). Sobre la base de estas definiciones, se comprende que Alexander considere que el superyó es una estructura anacrónica y postule que el proceso curativo consiste en demolerlo para que el yo se haga cargo de sus funciones, lo que por cierto no se logra sin resistencias (*ibid.*, pág. 25).

Este proceso se desarrolla en dos etapas y tiene que ver con la metapsicología del tratamiento. A partir de la transferencia, el analista toma primero a su cargo las funciones del superyó; luego, a través de la labor interpretativa y la elaboración, las reinstala en el yo del paciente. El papel de la transferencia en el proceso analítico consiste, pues, en transformar el conflicto estructural entre el ello y el superyó en un conflicto externo entre el paciente (ello) y el analista (superyó).

Tal vez valga la pena detenerse aquí, por un momento, en los postulados de Alexander, para señalar cuánto hay en ellos de petición de principios. Porque si yo digo que el superyó es solamente irracional y que todo lo racional está depositado en el yo, entonces está bien transformar el superyó en yo, removerlo y subsumirlo en el yo. Este criterio lleva finalmente a Alexander a su reeducación emocional. A diferencia de Alexander, la gran mayoría de los analistas piensa que el superyó tiene aspectos positivos, aunque a veces se hable de él peyorativamente. Freud siempre lo recalcó y lo dice con elegancia al finalizar su ensayo sobre el humor (1927d). La teoría del superyó sólo indica que hay una instancia moral dentro del aparato psíquico, no que ella sea necesariamente irracional ni tampoco irreversiblemente cruel.

Lacan (1957-58), que ha estudiado este problema con insistencia, considera al *superyó* como estructura paterna prohibidora y al *ideal del yo* como el representante de los aspectos dadores del padre con el que el niño tiende a identificarse al final del complejo de Edipo. Mi superyó dice que con mi mamá no me puedo acostar, pero mi ideal del yo dice que puedo ser como mi padre y tener una mujer, distinta a mamá.⁴ Así, se

⁴ A idéntico resultado, y en su propio camino, llega la reflexión de Berenstein (1976)

puede decir, con Lacan, que el superyó es una instancia interdictora y que el ideal del yo estimula, sin olvidar que los dos aspectos se dan en realidad simultáneamente y que ambos son necesarios.

De cualquier manera, el superyó contiene un amplio sector arcaico e infantil que constituye un real problema en el análisis; y nadie duda que el analista tiene que enfrentarse con un superyó inmaduro e irracional.

2. El superyó parásito de Radó

Radó (1925) expuso en Salzburgo los principios económicos de la técnica analítica e introdujo el concepto de superyó parásito.

El punto de partida de su reflexión es el concepto de neurosis de transferencia que, como Freud la describió en 1914, consiste en una neurosis *artificial* aparecida durante el tratamiento psicoanalítico y a cuya resolución se encamina nuestra técnica. En la terapia hipnótica, sigue Radó, hay también una transferencia de libido de los síntomas al hipnotizador, que reproduce textualmente la relación del niño con sus padres. En la hipnosis se forma, pues, una neurosis de transferencia hipnótica como producto artificial de la terapia.

También en el método catártico sobreviene para Radó una neurosis artificial, tal vez más aparente todavía que la anterior. Aquí influye un nuevo factor y es que cambia la actitud del hipnotizador. En lugar de operar como un superyó que reprime los síntomas, esto es, el conflicto y la sexualidad infantil, el hipnotizador del método catártico utiliza su influencia para que los instintos ligados a los síntomas se liberen de la represión. De este modo, los síntomas ceden y la energía liberada cristaliza en la descarga afectiva que llamamos abreacción y que es estrictamente un síntoma neurótico agudo. La abreacción es, para Radó, la contrapartida artificial de un síntoma histérico. Quiero decir de paso que este pensamiento me parece la objeción teórica más consistente sobre el valor de la catarsis en psicoterapia.

Entre la neurosis artificial recién descrita del método catártico de Breuer y en la del método propuesto después por Freud con el paciente despierto, no hay para Radó una diferencia esencial.

La metapsicología de todos estos procedimientos terapéuticos debe buscarse en la explicación que da Freud (1921c) de la hipnosis: el hipnotizador toma el lugar del ideal del yo del hipnotizado, usurpando sus funciones a través de un proceso de introyección.⁵ El hipnotizado ubica en su yo una representación ideal del hipnotizador, que se modifica de continuo dado que sigue recibiendo impresiones sensoriales del mundo exterior y a la par catexias del mundo interno. Si de esta forma el objeto introyectado logra atraer las catexias del superyó, su esfera de influencia aumenta reforzada por ellas: el hipnotizador deja de ser simplemente un

⁵ No hay que olvidar que el ideal del yo del año 1921 pasa a ser el superyó en 1923.

objeto introyectado para convertirse en un verdadero *superyó parásito*.⁶

Este pasaje de catexias del superyó al objeto introyectado siempre es sólo parcial y por tanto precario; pero, de todos modos, el cambio económico trae como consecuencia que el superyó quede debilitado y el superyó parásito se fortifique transitoriamente, es decir, mientras dure la influencia del hipnotizador. A partir de los cambios económicos recién descriptos, en la hipnosis se forma, concluye Radó, un nuevo superyó, un superyó parásito, que es el doble del otro.

Este proceso, sigue Radó, reproduce el originario, dado que el superyó se formó inicialmente a partir de la introyección de los padres, que condujo al retiro de las cargas incestuosas. En el neurótico este proceso no tuvo buen éxito, y es justamente la libido reprimida del complejo de Edipo la que inviste al hipnotizador, al superyó parásito. Esto reactiva el masoquismo femenino del yo, lo que provoca una aguda modificación del equilibrio energético del aparato psíquico, que queda neutralizado gracias a que el proceso de identificación desexualiza la relación entre el yo y el objeto introyectado; este queda así transformado en un superyó parásito al apropiarse de las catexias del superyó original.

Resumiendo, el hipnotizador toma el lugar de un objeto, lo que reactiva el masoquismo del yo y desencadena un proceso defensivo de introyección que provoca la idealización del objeto y refuerza su autoridad frente al yo, con lo que se convierte en superyó.⁷

No sabemos cómo habría descripto Radó la función del superyó en la neurosis de transferencia, porque la segunda parte de su trabajo nunca se publicó. Seguramente habría establecido alguna diferencia entre lo que escribió para los métodos hipnóticos y lo que no llegó a escribir para el método psicoanalítico preservando la línea de sus razonamientos. Esto no lo sabemos; pero sí sabemos, en cambio, que Strachey toma la idea de superyó parásito para poner en marcha su propia investigación.

3. El superyó auxiliar

Contrariando a Bernheim, para quien la hipnosis era un producto de la sugestión, Freud (1921c) había sostenido que la sugestión se explica a partir de la hipnosis, esto es, a partir de la ubicación del hipnotizador en el lugar del ideal del yo del hipnotizado, del mismo modo que el líder se constituye dentro del yo de los componentes del grupo y desde allí opera

⁶ «Should it now succeed in attracting to itself the natural cathexis of the topographically differentiated super-ego, its sphere of influence is thereby subjected to a new authority and the hypnotist is promoted from being an object of the ego to the position of a parasitic super-ego» (Radó, 1925, pág. 40).

⁷ «The hypnotist first of all takes the place of an object for the ego, turns to the masochistic state of readiness in the ego, is quickly subjected to the defensive process of introyection which brings about his idealization and strengthens his authority over the ego by means of the super-ego» (ibid., pág. 44).

sobre ellos. Es, entonces, este proceso de introyección que se da en la hipnosis el que condiciona la sugestibilidad.

Esta idea de Freud, la relación entre sugestibilidad e hipnosis, que parece vertebralizar las tres contribuciones de Salzburgo, también inspira a Strachey. Digamos que es, además, el punto de partida de muchas reflexiones sobre problemas técnicos. Ida Macalpine (1950), por ejemplo, explica la transferencia a partir de la sugestión hipnótica.

Ya que Freud siempre pensó que, en última instancia, el analista opera sugestivamente sobre el analizado para que abandone sus resistencias, entonces, como un silogismo, se puede decir —concluye Strachey— que el analista funciona porque se ha colocado en el lugar del superyó del paciente.

Apoiado en Alexander, Strachey piensa que hay un primer momento del proceso en que el analista toma el lugar del superyó del analizado; pero no como dice el húngaro para demolerlo y devolverlo como integrante de la estructura yoica, sino para operar en una situación de ventaja. Strachey, dicho sea de paso, no concuerda con la idea de que el superyó es enteramente irracional e inconciente y que debe ser arrasado.

Lo que le interesa a Strachey de la metapsicología de Alexander es, pues, que el superyó del analizado pasa al analista y que eso altera en alguna medida los términos del conflicto. Aquí, en este punto, valen para Strachey los principios económicos de Radó, en cuanto a que el hipnotizado introyecta al hipnotizador como superyó parásito, que absorbe la energía y asume las funciones del superyó original. Este proceso es siempre transitorio y no dura más allá de la influencia del hipnotizador; pero explica los cambios promovidos por el tratamiento sugestivo hipnótico y la cura catártica, y también los resultados siempre temporarios de esos métodos.

4. El círculo vicioso neurótico

Ahora Strachey va a recorrer el camino que separa los transitorios métodos hipnóticos de los cambios permanentes que puede alcanzar el análisis, y lo va a hacer guiado por Melanie Klein. El ser humano funciona a través de procesos continuos de introyección y proyección, que fundan la relación de objeto y la estructura del aparato psíquico. El superyó aparece muy tempranamente y lleva la marca del sadismo que el niño proyecta en el objeto. Como dice Klein (1928), si el niño pequeño puede sentirse aterrorizado frente a un superyó que destruye, muerde y corta en pedazos es porque proyectó en él sus impulsos destructivos, más allá de las características agresivas y frustradoras de los padres de la infancia. El objeto sobre el cual se proyectaron los impulsos se introyecta después con esas características y la nueva proyección depende de ellas. De esta forma se puede crear un círculo vicioso, donde el objeto se hace peligroso por el llamado proyectado que obliga a un reforzamiento del

sadismo como defensa, o un círculo «virtuoso» en que el objeto se hace cada vez más bueno y protector, lo que tiene que ver con el avance de la libido al plano genital.

El juego de proyección/introyección le sirve a Strachey para explicar al mismo tiempo el mecanismo de la enfermedad y de la cura. El círculo vicioso descripto entorpece el crecimiento, estanca al individuo en los conflictos primarios que le impiden el acceso a la etapa genital, donde las pulsiones del ello son más tolerables y más tolerante el superyó. Si nosotros pudiéramos abrir brecha en este círculo vicioso, concluye Strachey, el desarrollo se restablecería espontáneamente.

Cuando se encuentra con un nuevo objeto, el neurótico dirige hacia él sus impulsos, a la vez que le proyecta sus objetos arcaicos. Esto pasa, por cierto, con el analista al comienzo del análisis, quien queda investido por los variados objetos que forman el superyó. Dado el comportamiento real del analista y en el supuesto de que el analizado tenga un mínimo contacto con la realidad, este incorpora al analista como un objeto diferente del resto, y a esto Strachey le llama *superyó auxiliar*.

Strachey sigue en este punto la inspiración de Radó; pero hay una diferencia de fondo. Strachey no habla de un superyó «parásito» sino de un superyó *auxiliar*, y esta diferencia no es sólo en la nomenclatura: la postulación de Radó es más energética (el parásito va chupando las energías del superyó y eso permite la curación), mientras en Strachey sobresale lo estructural, en cuanto piensa que este emplazamiento del analista como superyó abre la posibilidad de romper el círculo vicioso neurótico que perpetúa y refuerza los mecanismos de introyección y proyección, base de la relación de objeto.⁸

Hay varias razones para que el analista como objeto introyectado se diferencie en principio del superyó arcaico, entre las cuales Strachey destaca la actitud permisiva que supone introducir la regla fundamental. El superyó auxiliar autoriza al paciente a decir todo lo que le venga a la cabeza, lo que Racker (1952) llamó alguna vez abolición del rechazo. De esta forma el nuevo superyó («puedes decir») funciona en sentido contrario al antiguo («no debes decir») si bien la diferencia es muy fluida y en cualquier momento el superyó racional puede transformarse demandando: «Si no dices todo dejaré de quererte, te echaré del consultorio, te castraré, te mataré, te cortaré en pedazos», etcétera.

La única forma de romper el círculo vicioso, dice Strachey, es que la imagen proyectada no se confunda del todo con la real. Para que esto sea posible hay una condición necesaria, el setting analítico, y una condición suficiente, la interpretación.

El superyó auxiliar no sólo se distingue del superyó arcaico malo del analizado sino también del bueno, ya que su bondad se basa conscientemente en algo que es real y actual,⁹ lo que depende antes que nada del encuadre.

⁸ Por esto no creo que Strachey marque la apoteosis de una psicología del impulso, como afirma Klauber (1972).

⁹ «The most important characteristic of the auxiliary super-ego is that its advice to the

El *encuadre*, entendido aquí como la actitud neutral del analista, hace que este no quede demasiado involucrado en el conflicto y, a su vez, le permite al analizado ser más conciente de la deformación que promueven sus proyecciones. El encuadre, efectivamente, le da al paciente una oportunidad realmente muy particular de proyectar y de ver que esas proyecciones no corresponden a la realidad, en cuanto el analista responde con una actitud imparcial. Pero esto solamente, prosigue Strachey, seguramente no basta, porque la presión del superyó infantil (y en general del conflicto) hace que la tendencia a malentender la experiencia real sea muy grande. Como la diferencia entre el superyó arcaico y el auxiliar es por demás lábil y aleatoria, no pasará mucho hasta que el analizado encuentre en su fantasía o en la realidad motivos más que suficientes para recorrer esa distancia, con lo que el nuevo superyó quedará subsumido en el antiguo.

El analista, sin embargo, dispone de un instrumento singular para que esa superposición no sobrevenga, y es la *interpretación*.¹⁰

Strachey sabe de sobra que la idea de interpretación es ambigua y está cargada de connotaciones afectivas, cuando no irracionales y mágicas; y es por esto que intenta precisarla con su concepto de *interpretación mutativa*.

5. La interpretación mutativa

Los cambios económicos que supone la presencia del analista como superyó auxiliar permiten aflorar a la conciencia un determinado impulso del ello que, en principio, será dirigido al analista. Este es el punto crítico, ya que el analista no se comporta, de hecho, como el objeto originario, por lo cual el analizado podrá tomar conciencia de que entre su objeto arcaico y el actual hay una distancia. «La interpretación se ha hecho ahora mutativa, desde que ha producido una brecha en el círculo vicioso neurótico».¹¹ El analizado introyecta ahora un objeto distinto y con ello cambia el mundo interno (superyó) y también el mundo externo, dado que la próxima proyección será también más realista, menos distorsionada. El psicoanalista resurge del proceso interpretativo como figura *real*, que es lo que más le importa a Strachey en su artículo. Una interpretación correcta lleva siempre implícita una afirmación del analista en su función. Digamos, de paso, que la palabra mutativa tiene para Strachey

ego is consistently based upon real and contemporary considerations and this in itself serves to differentiate it from the greater part of the original super-ego» (Strachey, 1934, pág. 140).

¹⁰ Me gustaría agregar aquí, recordando a Pichon Rivière, que la interpretación no sólo corrige el malentendido, sino que también «cura» al analista de su conflicto contrasferencial del momento, porque cada vez que uno hace una interpretación se recupera como analista, en la medida que le devuelve al analizado lo que en verdad le pertenece.

¹¹ «*The interpretation has now become a mutative one, since it has produced a breach in the neurotic vicious circle*» (Strachey, 1934, pág. 143).

el significado de algo que cambia la estructura psicológica, así como la mutación genética cambia la estructura celular.

Strachey llama pues *interpretación mutativa* a la que produce cambios estructurales, y dice que consiste en dos momentos, que separa diácticamente en su descripción para hacerla más comprensible. No es necesario a la teoría, sin embargo, que estas dos fases tengan una delimitación temporal; pueden darse simultáneamente, como también quedar separadas; y es frecuente que la interpretación del analista abarque ambas en una sola fórmula.

Las dos fases no son nunca simples y pueden ser muy complejas; pero, desde el punto de vista genético, existirán siempre. La clave de la teoría estriba en que el analizado tome conciencia de *dos* cosas: un impulso instintivo y un objeto al que ese impulso no le cuadra.

5.1. Primera fase

Como ya se ha dicho, la primera fase se cumple cuando el analizado se hace conciente de la pulsión, o, como dice Strachey siguiendo a Freud (1915d), de un *derivado* (retoño) de la pulsión. Esto puede alcanzarse directa y espontáneamente, es decir antes de interpretar, pero lo más común es que el analista intervenga con interpretaciones sucesivas para que el analizado se dé cuenta de que hay un estado de tensión y de angustia. Así, habrá que interpretar la defensa del yo, la censura del superyó y el impulso instintivo en diversas formas y en el orden que corresponda, hasta que el derivado llegue a la conciencia y se movilice la angustia en una dosis que será siempre moderada. Porque una característica esencial de la interpretación mutativa es que la descarga de angustia sea graduada. Si la dosis es demasiado baja, no se habrá alcanzado la primera fase; si es muy alta sobrevendrá una explosión de angustia que hará imposible la segunda.

5.2. Segunda fase

En esta fase juega un papel importante el sentido de realidad del analizado para que pueda contrastar el objeto real con el arcaico (trasferido). Ya se dijo que este contraste es siempre por demás inseguro; el analizado puede transformar en cualquier momento el objeto real (analista) en el arcaico. En otros términos, el paciente está siempre dispuesto a confundir al analista con el objeto de su conflicto y entonces el analista pierde la posición de privilegio que le permite efectuar la mutación. Es en este punto que se destaca la decisiva importancia del encuadre. Si el analista se aparta de su encuadre y de su papel consumando algún tipo de conducta que no le corresponde (*acting out*), la inmediata (y lógica) respuesta del analizado será incluirlo en la serie de sus objetos arcaicos, buenos o malos. De esta forma el analista queda inhabilitado y la segunda fase no podrá llevarse a cabo. Aunque sea paradójico —dice

Strachey en frase memorable— la mejor forma de asegurar que el yo sea capaz de distinguir entre fantasía y realidad es privarlo de la realidad lo más posible.¹² Si bien se mira, la paradoja de Strachey no es tal: al trasgredir su setting el analista se aparta de la realidad (que es su trabajo); y ahora sabemos con seguridad lo que no se sabía en tiempo de Strachey, que estas trasgresiones tienen siempre una raíz en la neurosis de contratrasferencia (Racker, 1948, Money-Kyrle, 1956). Al estudiar el trabajo de Strachey, Rosenfeld (1972) señala que cuando el analista se ocupa de una realidad externa ajena al análisis sólo consigue que el analizado se perturbe y lo entienda mal.

6. Características definitorias de la interpretación mutativa

Según quedaron descriptas, las dos fases de la interpretación mutativa tienen que ver con la ansiedad: la primera fase la libera, la segunda la resuelve. Cuando la ansiedad ya está presente, entonces cabe administrar directamente la segunda fase. Puede ser que el analista prefiera en este caso dar apoyo al paciente, pensando que el monto de la angustia hace improbable que se la resuelva interpretando. Esta conducta puede ser tácticamente plausible, aunque el analista debe tener entonces presente que ha resignado por un momento la posibilidad de enfrentar la ansiedad con métodos específicamente analíticos.

Si queremos describir el procedimiento de Strachey en el lenguaje de la segunda tópica, podremos decir que la primera fase se dirige al ello y trata de hacer conciente el derivado de la pulsión. La toma de conciencia del derivado se acompaña de angustia, y entonces la segunda fase se dirige al yo. Con esta formulación se hace claro que, en este punto, Strachey parece adelantar aquí, en cierto modo, el pensamiento de Anna Freud, que en 1936 va a decir que la labor interpretativa tiene que fluctuar continuamente entre el ello y el yo.

Strachey considera que hay ciertas notas que son definitorias de la interpretación mutativa, que es siempre inmediata, específica y progresiva (bien dosada).

Una interpretación es *inmediata* cuando se aplica a un impulso en estado de catexia. Una interpretación que informa al analizado de la existencia de un impulso que no está presente nunca podrá ser mutativa, aunque pueda ser útil para preparar el terreno. Una condición necesaria de la interpretación mutativa será siempre que tenga que ver con una emoción que el analizado vivencie como algo actual. Para decirlo en otras palabras, la interpretación tiene que ir siempre al punto de urgencia, como lo señala Klein (1932) reiteradamente.

¹² «It is a paradoxical fact that the best way of ensuring that his ego shall be able to distinguish between phantasies and reality is to withhold reality from him as much as possible» (ibid., págs. 147)

Una interpretación es *específica* si es detallada y concreta, un punto que también subraya Kris (1951) cuando recuerda la necesidad de atender a los eslabones preconcientes del material. Nuevamente, nada hay de objetable en que una interpretación pueda ser vaga, general, imprecisa; y de hecho así se interpreta por fuerza cuando se aborda un tema nuevo. Mientras no lleguemos a circunscribir el material, sin embargo, hasta que no alcancemos a enfocar la interpretación en los detalles que sean relevantes, no podremos nunca esperar un efecto mutante. La interpretación debe adaptarse exactamente a lo que está pasando, debe ser delimitada y concreta.

Por último, como acabamos de decir hace un momento en 5.1, la interpretación mutativa debe atenerse al principio de la dosis óptima, debe ser *progresiva*, bien dosada, porque en caso contrario no se alcanza la primera fase o se hace imposible la segunda. Strachey nos enseña a desconfiar de las interpretaciones apresuradas, que pretenden saltar etapas. Las conmociones no son mutaciones y los grandes cambios resultan ser, al fin y a la postre, de efecto sugestivo y poco perdurables.

7. La interpretación extratrasferencial

Uno de los mayores méritos del trabajo de Strachey es la evaluación de la interpretación extratrasferencial, tema que va a considerar nuevamente en su relato de Marienbad. Strachey afirma que, en principio, una interpretación que no sea trasferencial difícilmente pueda promover la cadena de efectos que hacen a la esencia de la terapia analítica. Su trabajo quiere poner de relieve la distinción dinámica entre interpretación trasferencial y no trasferencial.¹³

La diferencia esencial entre estos dos tipos de interpretación depende de que sólo en la interpretación trasferencial el objeto del impulso del ello está presente. Esta circunstancia hace que una interpretación extratrasferencial difícilmente pueda dar en el punto de urgencia (fase uno) y, de hacerlo, siempre será problemático que el analizado pueda establecer la diferencia del objeto real ausente con el de su fantasía (fase dos). Una interpretación extratrasferencial será, pues, siempre menos efectiva y más riesgosa.

Hasta aquí el razonamiento de Strachey apunta a mostrar que es *fácilmente* imposible que una interpretación extratrasferencial sea mutativa, aunque sea *lógicamente* posible. Sin embargo, en una nota al pie del final de su trabajo, Strachey da los argumentos teóricos que permiten

¹³ «Is to be understood that no extra-transference interpretation can set in motion the chain of events which I have suggested as being the essence of psycho-analytical therapy? That is indeed my opinion, and it is one of my main objects in writing this paper to throw into relief what has, of course, already been observed, but never, I believe, with enough explicitness - the dynamic distinctions between transference and extra-transference interpretations» (ibid., pág. 154).

sostener que sólo una interpretación trasfereñcial puede ser mutativa.

El mayor riesgo de una interpretación extratrasfereñcial es que la segunda fase quede seriamente perturbada. Puede ser, por ejemplo, que el impulso liberado en la primera fase no se aplique a modificar la imago a la que se lo remitió sino que se proyecte sobre el analista mismo. Esta proyección en el analista podrá sin duda darse en una interpretación trasfereñcial; pero el contexto es otro, porque entonces el objeto del impulso y el que lo movilizó en la primera fase son la misma persona. Es harto probable, concluye Strachey (en la nota 32), «que la entera posibilidad de efectuar interpretaciones mutativas pueda depender del hecho de que en la situación analítica el que da la interpretación y el objeto del impulso del ello que se ha interpretado sean una y la misma persona». ¹⁴ Si la finalidad de la interpretación mutativa es promover la introyección del analista como objeto real (en el sentido de no arcaico) para que de esta manera el superyó original vaya cambiando gradualmente, se sigue que el impulso del ello que se interpreta deba tener al analista como objeto. En este punto Strachey cae en la cuenta de que todo lo dicho en su trabajo requiere una enmienda y que el primer criterio de una interpretación mutativa es que debe ser trasfereñcial. La interpretación extratrasfereñcial sólo tendrá un valor coyuntural, preparatorio o táctico, que abre el camino o realimenta la trasfereñcia.

Con estas últimas reflexiones el trabajo de Strachey alcanza su más alta resonancia teórica. La interpretación trasfereñcial queda por fin redefinida rigurosamente y a ella se adscribe el efecto mutante no ya como posibilidad fáctica sino como posibilidad lógica (en el sentido de Reichenbach, 1938). De esta manera, Strachey viene a dar los fundamentos teóricos que apuntalan la sabia reflexión de Freud (1912b) cuando afirmaba que no se puede vencer a un enemigo *in absentia* o *in effigie*.

8. Algunas aplicaciones del esquema de Strachey

Una vez establecido su esquema teórico, Strachey puede aplicarlo para precisar los grandes problemas de la praxis psicoanalítica. Hagamos un intento de estudiarlos ordenadamente.

8.1. Interpretación mutativa y apoyo

Empecemos por discutir el concepto de apoyo, tal como lo entiende Strachey. El apoyo transforma al analista en un objeto bueno que se confunde con el objeto bueno arcaico (idealizado) del paciente. Se compren-

¹⁴ «It even seems likely that the whole possibility of effecting mutative interpretations may depend upon this fact that in the analytic situation the giver of the interpretation and the object of the id impulse interpreted are one and the same person» (ibid., pág. 156).

de que, con arreglo a esta caracterización, el apoyo no puede lograr nunca un cambio estructural, esto es, permanente y de fondo. En cuanto fomenta la relación con el objeto idealizado, el apoyo no permite la segunda fase de la interpretación, la que franquea el contacto con la realidad.

La técnica activa de Ferenczi (1919b, 1920) opera en el mismo sentido: facilita la primera fase pero después se ve en figurillas para resolver la segunda, porque justamente la actividad trasforma al analista en un objeto idealizado —seductor, por ejemplo—.

8.2. Interpretación superficial o interpretación profunda

Donde las precisiones de Strachey adquieren su mayor nitidez es al discutir el problema, antiguo y siempre actual, de la oposición dilemática entre interpretación superficial y profunda. Desde su punto de vista, interpretación superficial y profunda son dos formas equivocadas de interpretar, porque sólo la interpretación mutativa está en el nivel correcto. Con esta perspectiva teórica, una interpretación será superficial si no toca el punto de urgencia y no libera suficiente energía instintiva; y será profunda cuando promueve una descarga demasiado alta de angustia sin llegar a resolverla, con lo que marra el analista en su función de superyó auxiliar.

Se puede decir que la interpretación superficial falla en la primera fase y la profunda en la siguiente. En un caso el impulso no llega a la conciencia y en el otro no se lo puede elaborar, no se lo puede contrastar con la realidad: la intensidad de la angustia que despierta la pulsión hace que el analizado no tenga en ese momento suficiente juicio de realidad para discriminar lo arcaico de lo real. Para exponer con todo rigor el vigoroso pensamiento de Strachey, voy a decir que, en cuanto hace una interpretación profunda en el sentido en que la acabamos de definir, el analista no le da en verdad a su paciente una buena imagen real. La confusión del paciente entonces no es tal, ya que el terapeuta falló en su función de superyó auxiliar y el analizado percibe correctamente que el analista es en ese punto tan irracional como su objeto arcaico.

Creo que sigo fielmente el pensamiento de Strachey si afirmo que calificamos de superficiales y profundas a las interpretaciones que son lisa y llanamente equivocadas, las que se basan más en el temor o las teorías del analista que en lo que está pasando en la sesión. Gracias a Strachey, los conceptos de interpretación superficial y profunda descubren para mí su trasfondo valorativo e ideológico. Son en verdad adjetivos que se emplean para decir con un eufemismo que la interpretación es correcta o inadecuada. Si decimos que una interpretación es profunda o superficial estamos reconociendo que no acierta con el nivel óptimo y es por tanto mala.

8.3. Interpretación mutativa y material profundo

La recta aplicación de los esquemas teóricos de Strachey, como acabamos de ver, nos ubica mejor en esa apasionada discusión (que viene de lejos) sobre interpretación superficial y profunda; pero su reflexión abarca también otro flanco del histórico problema, y es la conducta que debe mantener el analista frente a la emergencia espontánea de material profundo.

Si bien es cierto que se pueden aplicar diversos conceptos metapsicológicos para definir el material profundo (lo más reprimido, lo más infantil, lo más regresivo, lo más lejano en el tiempo, etcétera), es evidente que también aquí se descubre la influencia de Klein en cuanto a la forma en que Strachey concibe el punto de urgencia y la importancia de resolver la angustia.

Strachey piensa que si el análisis sigue una marcha regular, el material profundo se va alcanzando paso a paso y, consiguientemente, no tienen por qué aparecer magnitudes inmanejables de ansiedad. Sólo cuando los impulsos profundos aparecen antes de lo previsto, y esto tiene que ver con algunas peculiaridades de la estructura de la neurosis, el analista se ve confrontado con una difícil situación, con un dilema. Si en esa circunstancia ofrecemos al analizado una interpretación, podemos desencadenar una reacción explosiva de angustia que hará imposible operar la segunda fase de la interpretación mutativa. Sería un error creer, sin embargo, que el problema se soluciona simplemente eludiendo el material profundo, interpretándolo en un nivel más superficial o dirigiéndose a otra capa del material. Todas estas opciones son por lo general poco eficaces; y por esto Strachey se inclina finalmente a pensar que la interpretación del impulso, por profunda que sea, será lo más seguro.¹⁵

De modo que en este controvertido asunto Strachey no coincide con las admoniciones de Wilhelm Reich (1927), cuando dice que, al comienzo de un análisis, a veces es necesario ignorar el material profundo y hasta desviar la atención del enfermo,¹⁶ sino con Melanie Klein, que no trepida en interpretar en estos casos. Es evidente, sin embargo, que Klein nunca tuvo demasiado en cuenta las precisiones de Strachey sobre la interpretación profunda. Y es una lástima, porque podría haber encontrado allí las razones que le faltaron para explicar su forma de interpretar.

Es necesario reiterar que el nivel óptimo no se define en la investigación de Strachey en términos simplemente económicos como hace de hecho Melanie Klein al hablar del punto de urgencia. Es también un concepto estructural que tiene en cuenta la función del yo tanto para tolerar la ansiedad cuanto para percibir la diferencia entre el objeto arcaico y el real, lo que empalma con lo que Paula Heimann (1956) llama capacidad

¹⁵ «It is possible, therefore, that, of the two alternative procedures which are open to the analyst faced by such a difficulty, the interpretation of the urgent id-impulses, deep though they may be, will actually be the safer» (ibid., pág. 151).

¹⁶ El trabajo de Reich sobre la técnica de la interpretación apareció originalmente en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* y se incluyó en el *Análisis del carácter* como capítulo 3.

perceptiva del yo: hasta dónde puede el paciente percibir la diferencia entre el objeto arcaico y el real.

8.4. Interpretación mutativa y abreacción

Por último, Strachey estudia el efecto de la abreacción, tema que se discutía mucho en aquellos tiempos (y, aunque menos, todavía hoy). Hay quienes afirman que la abreacción es el agente esencial de todas las terapias expresivas incluyendo el análisis, mientras otros pensamos, como Radó (1925), que la teoría de la abreacción es incompatible con la función del análisis. Para Strachey la abreacción puede calmar la angustia pero nunca producirá un verdadero cambio, a no ser que la angustia responda a un evento externo.

Considera Strachey que con la palabra abreacción se cubren dos procesos diferentes, la descarga de afecto y la gratificación libidinosa. Descartando de plano esta última, la abreacción como descarga de afecto puede considerarse un elemento útil para el análisis y hasta un acompañante inevitable de la interpretación mutativa. De todos modos, concluye Strachey, la parte que puede jugar en el análisis nunca será más que de naturaleza auxiliar.

Si bien es cierto que se puede sostener dentro de la teoría de Strachey que cada interpretación mutativa da la dosis óptima de abreacción en cuanto promueve la angustia y la resuelve, creo que actualmente podemos dirimir resueltamente este punto y decir que el análisis opera a través del insight y nada tiene que ver con la abreacción. La teoría de la abreacción es económica; la de Strachey, en cambio, es fundamentalmente estructural. Considero que Strachey no se decide del todo a abandonar la teoría de la abreacción porque no opera con el concepto de insight. Sólo contingentemente lo nombra (en la página 145), pero más como una palabra del inglés común que como un término teórico. Y, sin embargo, puedo afirmar con fundamento que la teoría de la interpretación mutativa nos ofrece (aunque lo haga de manera implícita) una rigurosa definición del insight, ya que la mutación sobreviene en el preciso instante que el insight ostensivo rompe el círculo vicioso neurótico.

Acabo de señalar como una limitación teórica de Strachey, la única quizá que yo le encuentro, su posición algo complaciente con la abreacción, por lo menos en alguna de sus formas. De este tema también se ocupa Herbert Rosenfeld (1972), quien trata de incorporar el concepto de elaboración al pensamiento de Strachey. Cree Rosenfeld que la interpretación trasfereencial puede poner en marcha el proceso mutante, pero que esto debe ser seguido por un período de elaboración para que el desarrollo mutativo pueda continuar y reforzarse.¹⁷ La opinión de Rosen-

¹⁷ «...illustrates how transference interpretations can set the mutative process in motion, but that this has to be followed up by working-through periods so that the mutative development can continue and be strengthened» (pág. 457).

feld no coincide del todo a mi entender con lo que postula Strachey, para quien el proceso mutante se cumple en el segundo paso de la interpretación mutativa. Tal vez Rosenfeld busca compensar el déficit teórico recién señalado en punto a la elaboración; pero sacrifica de ese modo una característica fundamental de la interpretación mutativa, que por definición incluye el proceso de elaboración.

9. Strachey en Marienbad

El circunspecto relato de Strachey en el Simposio del XIV Congreso Internacional suena en principio como un simple resumen de su trabajo mayor; pero, si se lo lee con atención, se nota que avanza por la línea teórica que recién remarqué. En su nuevo trabajo, Strachey no siente la necesidad de mencionar siquiera una vez la interpretación mutativa: habla simplemente de la interpretación trasfereñal en la perspectiva de los procesos de introyección y proyección que estructuran el psiquismo a la luz de la teoría de la relación de objeto. Y distingue tajantemente las interpretaciones de la trasfereñal de la *verdadera* interpretación trasfereñal. Por la forma como la describe no hay duda de que la «verdadera» interpretación trasfereñal es la que antes llamó mutativa. Toda vez que interpretamos un impulso que concierne al analista estamos haciendo una interpretación *de la trasfereñal*, pero sólo si el impulso es activo en el momento puede hacerse una interpretación *trasfereñal* (esto es, mutativa).

Strachey repasa y precisa los factores que hacen de la interpretación trasfereñal el instrumento terapéutico esencial del análisis: 1) el paciente puede establecer una comparación entre su pulsión y el comportamiento del objeto, ya que ambos están presentes, y 2) el que da la interpretación es al mismo tiempo el objeto al que se dirige el impulso. En cambio, si el analista refiere una determinada pulsión a un objeto no presente aumenta la posibilidad de una respuesta inesperada del que está (por ejemplo, que el paciente se enoje con el analista que le acaba de interpretar, digamos, la agresión a su cónyuge, suponiéndolo su aliado).

Que el objeto de la pulsión sea al mismo tiempo quien la interpreta es lo decisivo para Strachey (como lo señalaba en la nota 32 de su trabajo anterior), ya que el fenómeno que se repite del pasado tiene esta vez un desenlace diferente, porque el proceso proyectivo/introyectivo con el objeto arcaico se modifica a la luz de la experiencia actual. Es que el momento en que se formula la interpretación trasfereñal es único en la vida del paciente, en cuanto el destinatario del impulso no se comporta como el objeto originario, sino que acepta la situación sin angustia y sin enojo.

Strachey concluye su relato reiterando que la interpretación, y en especial la interpretación trasfereñal (mutativa), es el factor determinante de los resultados terapéuticos del psicoanálisis y que los cambios dinámi-

cos producidos sólo se hacen explicables cuando se presta suficiente atención a los mecanismos de introyección y proyección.

De esta forma, siguiendo y depurando su trabajo anterior, llega ahora Strachey a una explicación de la cura analítica en que los efectos de la sugestión resultan por completo excluidos.

10. Strachey en el momento actual

Como muchos otros psicoanalistas, yo considero que el aporte de Strachey es en verdad trascendente y que su influencia sigue siendo muy fuerte todavía, si bien los años no pasaron en vano y nuestras ideas no son las mismas que en 1933.

En los últimos años fueron varios los autores que se ocuparon con interés de Strachey. Por de pronto Klauber (1972), quien piensa que, al formular nuestras teorías, deberíamos tener más en cuenta la personalidad del analista. Se olvida a menudo que desde los comienzos del psicoanálisis se consideró que su acción terapéutica se debe no sólo a la interpretación sino también al vínculo afectivo que desarrolla el paciente con el analista.¹⁸ El interés de Klauber se dirige precisamente a ese vínculo, que no contemplan las teorías de Strachey. La interpretación es heredera de aquella psicobiología freudiana que hunde sus raíces en Helmholtz vía Brücke y tiene por ello un carácter reductivo que no incluye el insoslayable sistema de valores siempre presente en esa compleja relación humana que el análisis es.

El ensayo de Strachey marca para Klauber el apogeo de la psicobiología del impulso, en cuanto se propone descubrir y resolver las fuerzas latentes que se expresan como paquetes de energía del ello dirigidos hacia el psicoanalista; y, sin embargo, cuando afirma que la mutación tiene lugar porque el paciente incorpora en su superyó la actitud del analista frente a los impulsos, incurre en una contradicción radical: se reconoce al fin que la situación analítica queda impregnada por el sistema de valores del terapeuta, valores que no sólo se transmiten por el contenido de las detalladas interpretaciones de la transferencia sino también a través de formas inconcientes de comunicación.

Sachs en Salzburgo, varios relatores en Marienbad y más de un estudioso de nuestro tiempo piensan, sí, que la cura analítica consiste en que el analizado se identifique con un analista tolerante; pero no Strachey. Lo que dice Strachey es otra cosa y ya lo hemos visto: el analista debe operar desde la posición de superyó que le asigna el analizado no para gestionarlo y educarlo sino para interpretar su error, para mostrarle la fuerza de la repetición que siempre lo lleva a proyectar su objeto interno.

¹⁸ «One of the earliest discoveries of psychoanalysis was that another factor was involved in therapy besides the interpretation of the analyst. This was the development by the patient of strong feelings of attachment» (pág. 385).

El analista no necesita pues imponerle al analizado su sistema de valores; le basta con mostrarle (y demostrarle) que se deja llevar más de la cuenta por su subjetividad. Y cuando el analizado pretenda incorporar su sistema de valores, lo que el analista debe hacer es denunciar ese intento como una nueva forma del malentendido y la repetición.

Es que Klauber da mucha importancia a lo que Strachey llama en algún momento interpretaciones mutativas implícitas y se apoya en Rycroft (1956), quien afirma que la interpretación no opera solamente a través del contenido intelectual que comunica verbalmente, sino también porque soporta la actitud emocional del analista. En cuanto signo de interés y responsabilidad, estos enunciados implícitos hacen que la comunicación sea real no ilusoria, dice Rycroft. (Volveremos a esto en su momento.)

Del mismo modo que el niño establece un vínculo con las *funciones* de la madre (y no sólo con la madre misma), con lo que se pone a cubierto de cambios en la relación de objeto, cabría pensar según Klauber que el buen resultado del análisis puede deberse a que el paciente establece una relación con la función analítica. De esta forma, el efecto de la interpretación pasa a depender de la afinidad del paciente con el método analítico, y hasta cierto punto con la personalidad del analista en cuanto pueda ella reforzar la coherencia interna de una determinada línea interpretativa. La eficacia de la interpretación se hace así más contingente de su contenido (informativo) y se acerca al plano de la sugestión. Sin negar el valor de la interpretación, Klauber cree que la mente humana se satisface, y en cierta medida se cura, por lo que *siente* como verdad.

En este punto vale la pena recordar el trabajo de Glover (1931) sobre la acción terapéutica de las interpretaciones inexactas, las cuales pueden operar de varias maneras, sea reforzando la represión sugestivamente, sea ofreciendo mejores desplazamientos a las fuerzas en conflicto y acercándose en alguna forma a la verdad, sea por fin en términos de experiencias concretas que ponen un obstáculo cierto en el camino hacia la objetividad.

Es para mí evidente que la interpretación opera muchas veces por su efecto colateral; y lo que soluciona la angustia del momento no es entonces el contenido informativo sino que el hecho mismo de interpretar ha respondido a determinadas necesidades inconcientes del analizado, como por ejemplo que el analista hable o muestre su interés. Teniendo en cuenta esta posibilidad, se entiende que el alivio de la angustia no es suficiente para probar que una interpretación ha sido correcta; y que, cuando la interpretación opera de esta forma, debemos considerar que su efecto es sólo sugestivo, que actúa por su *efecto placebo*, como dice Schenquerman (1978).

En cuanto duda de que exista relación directa entre el contenido de la interpretación y los resultados que logra el psicoanálisis, Klauber cuestiona la tesis fundamental de Strachey. Desde los tiempos de Strachey hasta ahora —dice Klauber— se ha ido imponiendo la idea de que la interpretación opera en esa trama compleja y por demás sutil de la relación de transferencia/contratransferencia. Y concluye que si allí tiene lugar

y allí adquiere su significado, debemos ser en extremo cautos al evaluar sus efectos.¹⁹

Las opiniones de Klauber son sabias como advertencias metodológicas para no caer en el error de validar nuestras interpretaciones simplemente por sus efectos pero no como refutaciones de Strachey. La doctrina de Strachey se sostiene sin que necesite para nada de la sugestión. Al contrario, cada vez que nosotros logramos denunciar el efecto de la sugestión como algo que proviene de la necesidad del analizado de cumplir con las demandas de un superyó en nosotros proyectado, logramos por definición un efecto mutante. Porque es el superyó arcaico y no el analista el que quiere imponer su sistema de valores. Que no siempre funcione-mos con ese alto nivel de eficacia no es culpa de las teorías de Strachey sino de nuestras fallas.

Cuando afirma que al lado de su contenido informativo toda interpretación transmite la comunicación implícita de una actitud emocional, Rycroft señala taxativamente que tal comunicación no verbal da un sesgo *real* a la relación en cuanto demuestra que el analista está cumpliendo su función, que consiste en estar con el analizado, escucharlo y tratar de entenderlo.²⁰ Esta función por lo general no se interpreta, se demuestra concretamente en la tarea por aquello de que hechos son amores, aunque puede y debe legítimamente interpretársela cuando el analizado la cuestiona o no la percibe: («Usted ahora se ha callado porque necesita oír mi voz, porque desea ver si estoy vivo o enojado», etcétera). Sólo si estas interpretaciones se omiten frente a elementos que permiten considerarlas necesarias se podrá decir que estamos utilizando la comunicación implícita para operar vía sugestiva. De esta forma procede Olinick (1954), por ejemplo, cuando hace uso de las preguntas como parámetro para dar un momentáneo soporte al yo, reforzar su contacto con la realidad o elevar el nivel de colaboración del paciente.

Veamos lo que quiero decir con un sencillo ejemplo clínico. El analizado es un psicólogo de acentuada personalidad esquizoide que se maneja frente a la frustración y a los celos con una retirada narcisista. Esta estrategia defensiva, no siempre comprendida por el analista, había provocado una *impasse* rebelde y prolongada que pudo resolverse con un trabajo más atento y sistemático sobre la recién mencionada coraza caracterológica. En la previa sesión, el lunes, se había vuelto a interpretar la forma en que se alejaba del analista abandonándolo para no sentirse abandonado. A la sesión siguiente llega diez minutos tarde y comenta

¹⁹ «*Interpretation thus takes place in the context of a relationship, and we therefore have to be cautious in determining its effects. How much is determined by the content of the interpretations, how much by the subtle understanding of an unconsciously agreed code, how much by the authority lent to the analyst by his convictions?*» (1972, pág. 388).

²⁰ «*Now this implicit statement is a sign of the analyst's interest in and concern for the patient, of his capacity to maintain an object-relationship, at least within the confines of the consulting-room. It tells the patient the one thing that he needs to know about the analyst, and it is the analyst's major contribution to making the relationship between himself and the patient a real and not an illusory relationship*» (1956, pág. 472).

con una nota de esperanza que estuvo conversando con dos colegas sobre la posibilidad de tener un lugar de trabajo. De inmediato se repliega y, al recuerdo de experiencias anteriores de fracaso y desencuentro, resurge la desconfianza. Habla a renglón seguido con tono de celos de un amigo suyo y su mujer. Luego dice:

P: Bueno... El lunes, a raíz de algo del lunes me quedé pensando que algunas veces me molesta cuando usted no me contesta. No sé cómo tomarlo, no sé si es aprobación, desaprobación o nada; pero creo que me ha llegado a molestar. Me desorienta. Siempre había escuchado que a los pacientes les molesta que el analista se calle. Yo no sé si no me había dado cuenta, pero me produce mucha incertidumbre. (*Brusco silencio. Tensión en la contratrasferencia.*)

En este material vuelven a plantearse con claridad los problemas básicos del paciente: su deseo de trabajar en el análisis y su desconfianza de volver a experimentar el fracaso y la frustración, los celos frente a la pareja, etcétera. Lo que más llama la atención, sin embargo, es que pueda reconocer ahora que es un paciente como todos y que el silencio del analista le produce incertidumbre y malestar.

Cuando de golpe se calla se le plantean al analista dos alternativas que, a mi juicio, son ambas equivocadas: hablar para que no vuelva a pasar lo mismo de siempre o callar a la espera de que el analizado se sobreponga al silencio (y a la frustración). Ninguna de las dos me parece acertada: la palabra opera sugestivamente y a modo de la reeducación emocional de Alexander y French (1946); y el silencio como coacción para que el analizado se vea obligado a superar la frustración. Hay una tercera posibilidad, sin embargo, y es la de interpretar el silencio como un deseo de ver si el analista comprende su conflicto y puede hacer algo para ayudarlo. Una interpretación como esta trata de evitar todo efecto sugestivo y abre un camino nuevo y distinto, ya que se dirige precisamente al conflicto que se está planteando; intenta ser una interpretación estrictamente analítica, mientras que las otras dos no vacilo en calificarlas como acting out contratrasferencial, por comisión o por omisión, hablando o callando.

Klauber tiene razón sin duda cuando subraya la importancia de la presencia del analista —como dice Nacht (1962, 1971)—; pero, a mi entender, tanto Klauber como Nacht se equivocan cuando otorgan a ese tipo de factores el mismo rango que a la interpretación. La presencia del analista (y le doy ahora a esta expresión su sentido más lato) es una condición *necesaria* para que el análisis funcione, pero la interpretación mutativa que porta el insight, en cambio, es una condición *suficiente*: aquellas solas no bastan; esta opera si y sólo si las otras fueron cumplimentadas. Para resolver la rivalidad trasfereencial, por ejemplo, es necesario que el analista no sienta a su vez rivalidad, es decir no pretenda ganarle a su analizado. También equivale a decir que puede tolerar la ri-

validad de su paciente «sin angustia y sin enojo», lo que por lo general sólo se logra luego de haber analizado el conflicto en la contratransferencia: estas son las condiciones necesarias para operar con eficacia. Si faltan, nunca podremos resolver el conflicto por más que lo interpretemos al parecer correctamente, justamente porque esa «interpretación» sólo será el fragmento de un acting out verbal: interpretamos correctamente, por ejemplo, ¡para que el analizado reconozca nuestra superioridad! Con ser *necesaria*, la actitud de empatía y objetividad no es sin embargo *suficiente*: para que la situación mute tendremos que interpretarle al analizado su rivalidad hasta que él vea la distancia objetiva que media entre el objeto arcaico y el actual. Queda en pie la tesis fundamental de Strachey, esto es, que *sólo* el efecto mutante de la interpretación rompe el círculo vicioso neurótico. Si falta la interpretación el analizado repetirá su conflicto y así, a la larga o a la corta, el analista quedará involucrado.

También Jacques-Alain Miller (1979) sostiene que Strachey, siguiendo a Radó, se aferra a la teoría freudiana de la hipnosis para entender cómo opera el análisis, postulando que el analizado se cura cuando se identifica con el analista. No es esto para nada, a mi juicio, lo que propone Strachey, sino más bien lo contrario: que el analizado proyecta en el analista su objeto arcaico (superyó) y pretende reintroyectarlo sin modificaciones, mientras que la situación se revierte justamente cuando el analista no se deja poner en el lugar de ese objeto y preserva su posición.

Me parece que las teorías de Strachey se pueden reformular sin violencia en lenguaje lacaniano, porque nadie mejor que Strachey con su interpretación mutativa se sabe poner en lugar del Gran Otro y nadie logra mejor que él discriminarse del objeto arcaico, el otro con minúscula, que el analizado imagina ver reflejado en él.

Otro autor que se ocupó con detenimiento del ensayo de Strachey ha sido Rosenfeld (1972), con cuyas ideas coinciden por lo general las de este capítulo. Para Rosenfeld el esquema de Strachey se enriquece cuando se le aplican conceptos más actuales, sin que por ello cambien su coherencia y fuerza original. Por lo que ahora sabemos, el analizado identifica proyectivamente no sólo sus objetos internos, y en especial su superyó, sino también partes de su self, por lo que la tarea del analista se hace más compleja sin que por esto varíen para nada los principios de la interpretación mutativa.

Desde los tiempos de Strachey, dice Rosenfeld con razón, aumentó nuestro conocimiento de los procesos de splitting, idealización y omnipotencia que interfieren con el desarrollo del yo y, al mismo tiempo, distorsionan las relaciones objetales aumentando la distancia entre el objeto idealizado y el objeto persecutorio. Estos mecanismos operan de continuo en la marcha del proceso, influyendo considerablemente en el funcionamiento del analista; pero si es adecuado el registro de su contratransferencia, le dan también hondura y precisión en su labor interpretativa.

Quisiera terminar este capítulo señalando que si las ideas de Strachey

han tenido una vida tan larga es porque integran la teoría y la técnica en una unidad convincente, donde la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis queda explicada sobre la base de conceptos que son a la vez claros y precisos. Gracias a Strachey venimos a saber por qué importa tanto en nuestra labor una interpretación justa, cuál es el lugar preciso que ocupan en nuestra praxis la interpretación trasfereencial y extratrasfereencial, así como también las diferencias entre interpretación, sugestión y apoyo. Agreguemos todavía que Strachey nos ayuda a distinguir las interpretaciones superficiales y profundas de la interpretación del material profundo.

Por último, y junto a todo esto, la interpretación mutativa sentó en su momento las bases para las futuras explicaciones que habrían de llevar el insight y la elaboración a la posición de principales instrumentos teóricos del psicoanálisis de nuestros días.

34. Los estilos interpretativos*

1. Algunos antecedentes

Con la propuesta de *los estilos interpretativos* culmina la original investigación de Liberman que, desde que se publican «Identificación proyectiva y conflicto matrimonial» (1956), «Interpretación correlativa entre relato y repetición» (1957) y «Autismo transferencial» (1958), se prolongó por más de veinticinco años. En estos trabajos, todos de excelente factura clínica, campea ya el germen de las futuras ideas de Liberman en cuanto al valor singular del diálogo en la sesión para fundamentar la teoría psicoanalítica y dar cuenta rigurosamente de su praxis. Allí se empieza a vislumbrar la importancia que puede tener para la tarea interpretativa un apoyo interdisciplinario en la teoría de la comunicación, que más adelante también se buscará en la semiología.

Para ubicarla en el contexto al que pertenece, digamos para empezar que la investigación de Liberman recoge las preocupaciones de la escuela argentina sobre las formas de interpretar como un intento de resolver el dilema de contenido y forma de la interpretación que nace en la teoría del carácter de Reich y se desarrolla en autores como Luisa G. Alvarez de Toledo, Geneviève T. de Rodrigué, Racker y otros. Todos esos trabajos apuntan a que la *forma* de la interpretación puede alcanzar directamente ciertas estructuras que quedaron cristalizadas en el diálogo analítico, adonde debemos ir a rescatarlas. La forma en que uno interpreta, por tanto, tiene que ser reconocida como un instrumento de nuestra labor.

De estos trabajos, el que sin duda abre el camino es el de Alvarez de Toledo, leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina a fines de 1953 y publicado en 1954, que estudia el significado que tienen en sí mismos los actos de interpretar, de hablar y de asociar, más allá de los contenidos que puedan significar. Todo hablar es una acción y en esa acción se expresan los deseos inconcientes y los conflictos del hablante en forma directa y concreta, de modo que se hacen muy accesibles a la interpretación.¹ La palabra tiene intrínsecamente un valor como tal, y es necesario llegar a las fuentes del lenguaje, desestructurar el lenguaje para que reaparezcan las pulsiones y las fantasías profundas de las que nació. Todo

* Reproduzco aquí, casi sin modificaciones, el artículo que presenté a la revista *Psicoanálisis* para el número en homenaje al gran analista y al gran amigo desaparecido.

¹ La idea central de Alvarez de Toledo coincide notablemente con la de John R. Searle y otros filósofos del lenguaje, que rescatan la importancia del *acto de habla*. (Véase Searle, 1969.)

esto es una parte importante del material que nos ofrece el analizado.

Dentro de esta misma línea de investigación, Racker (1958) señala que buena parte de las relaciones de objeto del analizado se presentan en su relación con la interpretación. La interpretación aparece muchas veces como el objeto del impulso y en ella cristaliza el deseo inconciente del analizado, de modo que a veces nos permite un acceso directo al material reprimido inconciente: la respuesta del analizado a lo que le dice el analista, pues, es siempre significativa.

También Geneviève T. de Rodrigué (1966) presta atención a cómo se formula la interpretación y la compara a la manera en que la madre atiende al niño. «La formulación de una interpretación tiene que ser el recipiente adecuado para el contenido que expresa» (1966, pág. 109). A veces la disociación del analista en madre buena y madre mala se canaliza en la alternativa del *contenido* malo y la *forma* buena (bella) de las asociaciones y las interpretaciones, y es allí justamente donde se librará la batalla decisiva.²

Todos estos trabajos tienen que ver, sin duda, con el comienzo de la investigación de Liberman, aunque es evidente también que, a partir de 1962, cuando publica *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, este autor da un paso teórico importante porque empieza a utilizar un enfoque multidisciplinario para formular sus puntos de vista, para entender esa insustituible unidad de investigación que es para él la sesión psicoanalítica. Esta apoyatura será primeramente, en el libro de 1962, la teoría de la comunicación; y luego, en los años que siguen, la semiología, que cristaliza en su *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, que se publicó entre 1970 y 1972.

2. Teoría de la comunicación

En *La comunicación en terapéutica psicoanalítica* Liberman se propone una gran tarea, volcar la teoría de la libido y de los puntos de fijación, que Freud y Abraham establecieron en las primeras décadas del siglo, al molde de la teoría de la comunicación, tal como lo propuso Ruesch en su *Disturbed communication* (1957). Los tipos o modelos de la comunicación —he aquí la tesis principal— tienen que ver con los puntos de fijación y, consiguientemente, con la regresión trasferencial.

Siguiendo entonces el derrotero de los dos grandes creadores de la teoría de la libido, Liberman redefine los cuadros de la psicopatología según los modelos comunicativos de Ruesch.³ Los puntos de fijación en

² En un trabajo de 1983 Sara Zac de Filc estudia con acierto la función de los aspectos rítmicos del lenguaje en la interpretación y los señala como parte importante del holding que el analista ofrece al analizado, marcando la conveniencia de incluirlos en la interpretación.

³ Ruesch (1957) propone, en efecto, los tipos siguientes: persona demostrativa, persona atemorizada y huidiza, persona lógica, persona de acción, persona depresiva, persona infantil, persona observadora no participante.

que Abraham ubicó las principales neurosis y psicosis en su ensayo de 1924 van ahora a ser contemplados desde la teoría de la comunicación. Adelantémonos a decir que el esfuerzo es encomiable y, más importante todavía, convincente el resultado. Liberman encuentra una relación significativa entre los modos de comunicarse y los puntos de fijación de la libido; y estos, por otra parte, determinan también los momentos más destacados de la situación analítica. La regresión analítica se hará, entonces, a los puntos de fijación más significativos en el desarrollo individual, según la dialéctica que Freud estableció en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* de 1916-1917, especialmente en la conferencia 22.

Como en otros momentos de su investigación, aquí Liberman se apoya, también, en conceptos de su maestro, Enrique J. Pichon Rivière. Pichon ha dicho que hay puntos de fijación principales y accesorios; y si aquellos definen el diagnóstico, en estos, en los puntos accesorios, reposa el pronóstico. Si, por ejemplo, un neurótico obsesivo tiene rasgos histéricos su pronóstico será mejor que si tuviera matices melancólicos o esquizoides.⁴ Me acuerdo siempre de un paciente joven con un delirio persecutorio que yo atendí en La Plata y terminó por remitir ampliamente. Yo dudaba del diagnóstico entre una psicosis histérica y una esquizofrenia paranoide y lo consulté con el doctor Pichon. El decidió el diagnóstico por la esquizofrenia, pero señaló la nota histriónica del delirio («todo está preparado, todo es una farsa ridícula») como un elemento que en algo mejoraba el pronóstico dentro de la gravedad del caso.

Sobre estas bases, Liberman ofrece seis cuadros característicos. El primero de ellos es la *persona observadora no participante*, fijada a la primera etapa oral, de succión, y que en la nomenclatura psiquiátrica es el carácter esquizoide. Son las personas que pueden observar con objetividad, captando la totalidad, mirando el conjunto. Liberman señala aquí la importancia de la envidia en el trastorno de comunicación de estos pacientes, en la ruptura y desintegración de la comunicación y las relaciones de esta situación con la teoría de las posiciones de Melanie Klein.

Le sigue luego la *persona depresiva*, observadora participante, que tiene su punto de fijación en la etapa oral secundaria y cuyo proceso de comunicación se centra en la transmisión de los sentimientos y la regulación de la autoestima.

El tercer tipo que propone Liberman es la *persona de acción* que corresponde al psicópata y al perverso de la nomenclatura psiquiátrica, con su punto de fijación en la primera etapa anal (o anal expulsiva) y un modelo aloplástico de adaptación. Aquí Liberman se aparta de Abraham, que como es sabido había asignado este nivel de fijación a la paranoia. Por varios motivos pienso que la modificación de Liberman es justificable, ya que ni Abraham ni Freud tuvieron nunca en cuenta a la paranoia, enfermedad bastante descuidada por los analistas clásicos en la concepción de Alchhorn. La paranoia, por su parte, a partir del mis-

⁴ Otros tipos de Pichon Rivière son parecidas a las que va a proponer después Elizabeth R. Jones (1960) sobre la buena histérica.

El mayor mérito de la persona de acción es que puede captar sus deseos y llevarlos a la práctica, si bien su capacidad de reflexión siempre está por debajo de la norma.

En la antípoda de la anterior, la persona lógica cuenta con la posibilidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo; pero tiende a quedarse atada a sus reflexiones sin encontrar el momento de pasar al acto, de operar.

La persona atemorizada y huidiza tiene la virtud de poder movilizar la angustia en un grado útil que la prepara para la acción, siempre que no la rebalse y la paralice. Si funciona adecuadamente, este tipo de personalidad es la que mejor emplea la angustia como señal.

Por último, la persona demostrativa es capaz de enviar un mensaje en condiciones tales que alcance el más alto grado de integración.

4. Los modelos de la reparación

Una vez que Liberman ha probado sus instrumentos teóricos en el campo de la psicopatología los podrá aplicar para discriminar el concepto de reparación, sin duda uno de los más complejos y sugerentes de nuestra disciplina.⁶ La obra de Melanie Klein, muy frecuentada por Liberman, ejerce sin duda una influencia ponderable y persistente en nuestro autor, y aquí especialmente.

La tesis nuclear del trabajo que estamos comentando es que hay diferentes modos de reparación, que implican distintos desenlaces del proceso terapéutico. Así como cada apertura del tratamiento analítico muestra una problemática diferente que apunta a una meta distinta, el final del análisis puede entenderse según el grado de acercamiento a ese objetivo.

Para tipificar los distintos procesos de reparación, Liberman estudia las funciones yoicas, aplicándoles el esquema clasificatorio ya expuesto.

En cada uno de los seis tipos de personalidad recién descritos se comprueban pautas de comportamiento desarrolladas excesivamente con detrimento de otras. En esto consiste, justamente, el desequilibrio del yo. Porque el yo detenta una serie de funciones, y su patología radica en que unas crezcan en perjuicio de las restantes.

Un yo normal, siguen Liberman *et al.*, tendría que ser idealmente plástico, de modo que cada una de sus funciones ocupe el lugar que le corresponde sin avanzar sobre las demás.

En relación a los seis tipos de personalidad que encuentra, Liberman distingue sendos atributos en el yo: 1) la capacidad de disociarse y observar sin participar; percibiendo la totalidad del objeto; 2) la capacidad de acercarse al objeto y verlo en sus detalles; 3) la capacidad de captar los

⁶ Esta investigación fue realizada principalmente por Liberman en un grupo de estudio compuesto por J. Achával, N. Espiro, P. Grimaldi, I. Barpal de Katz, S. Lumermann, B. Montevechío y N. Schlossberg, con quienes lo publicó en 1969.

deseos propios y llevarlos a la práctica cuando existen perspectivas de satisfacerlos, calibrando la necesidad y la posibilidad; 4) la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo, lo que implica para Liberman la posibilidad de adaptarse a las circunstancias y a los vínculos familiares de tipo vertical (abuelos, padres e hijos) y horizontal, con sus diversos grados de intimidad, lo que también implica la capacidad de estar solo; 5) la capacidad de movilizar un monto de ansiedad útil preparatoria para la acción, y 6) la capacidad para enviar un mensaje donde acción, idea y afecto se combinen adecuadamente.⁷

Este catálogo de funciones yoicas, como bien dicen Liberman *et al.*, difiere de la psicología del yo de Hartmann, donde las funciones yoicas siguen los derroteros clásicos de la psicología wundtiana.

Un proceso analítico que llega a buen término tendrá que haber corregido el exceso de cualesquiera de estas funciones yoicas, apuntalando las que estaban en déficit.

Entre estas funciones hay ciertas polaridades peculiares y, al detectarlas, Liberman anuncia ya el derrotero futuro de su investigación: los estilos.

Una de las polaridades más nítidas es entre la persona de acción (psicopatía) y la persona lógica (neurosis obsesiva); otra también convincente se da entre la persona observadora no participante (esquizoide), que tiene desarrollada en exceso la función de abstraer y generalizar a costa de la disociación del afecto y la motricidad, y la autoplastia histérica.

En resumen, partiendo de las ideas de Melanie Klein (1935, 1940) sobre la reparación como desenlace de la posición depresiva, Liberman *et al.* postulan la existencia de diversos modos y los distinguen cuidadosamente, estableciendo «una correspondencia entre estructuras y procesos psicopatológicos y estructuras y procesos de reparación» (1969, pág. 137). Cuando se logra reparar la pauta que sufría el detrimento más intenso, se modifica la visión del pasado y sobrevienen cambios en los estilos lingüísticos de comunicación que emplea el paciente en la sesión.

4. Los estilos del paciente

Liberman siempre sostuvo que Freud descubrió dos cosas importantes: el inconsciente y la sesión psicoanalítica como unidad de investigación, y en esta última se desarrolla toda la indagación de nuestro autor. El estudio de la sesión psicoanalítica condujo a Liberman desde su reformulación de la psicopatología psicoanalítica en términos de la teoría de la comunicación de Ruesch a su original descripción del funcionamiento verbal y de los modelos de reparación, para llegar por fin a una clasificación de los estilos comunicativos. También aquí va a aplicar Liberman sistemáticamente el gráfico de los seis casilleros: 1) estilo reflexivo, 2)

⁷ Tomado textualmente del trabajo de 1969, pág. 124.

estilo lírico, 3) estilo épico, 4) estilo narrativo, 5) estilo de suspenso y 6) estilo estético. Vamos a tratar de caracterizarlos siguiendo principalmente el libro *Lenguaje y técnica psicoanalítica*, que Liberman publicó en 1976.

Antes de empezar con el tratamiento especial de los estilos, conviene decir que Liberman va a apelar al estudiarlos a la teoría del signo de Charles Morris (1938). Como es sabido, este autor distingue tres áreas, en relación con los tres factores que constituyen el proceso semiótico: el *signo*, el *designatum*, que es la cosa a la que el signo se refiere, y el *intérprete* o usuario. Así pues, la *semántica* estudia la relación del signo con el objeto al cual el signo se aplica (*designatum*), la *pragmática* se ocupa de la relación del signo con el intérprete y la *sintáctica* de cómo se vinculan los signos entre sí.

Con esta apoyatura en la teoría de los signos, Liberman va a agrupar los cuadros psicopatológicos según que en ellos predominen las alteraciones pragmáticas, semánticas o sintácticas. En términos generales podríamos decir que en las grandes psicosis, la psicopatía, las perversiones y las adicciones preponderan las perturbaciones de tipo pragmático, mientras que el trastorno predominante en las esquizoidias y las ciclotimias, las organoneurosis, las hipocondrías y las diátesis traumáticas es semántico; la sintáctica, por fin, está especialmente comprometida en las neurosis.

Estilo 1 (reflexivo)

Como hemos visto anteriormente, la persona observadora y no participante, el esquizoide de la psicopatología clásica, tiene desarrollada en alto grado la capacidad de disociación, que le permite observar sin participar, es decir sin afecto y objetivamente, en una especie de *percepción microscópica*, «porque el yo se achica y los objetos se agrandan» (Liberman, 1976, pág. 16).

Todo lo que dijeron Fairbairn en 1941 y Klein en 1946 sobre la personalidad esquizoide en cuanto a control omnipotente, idealización y dispersión de las emociones se aplica aquí. Es el paciente que permanece alejado, que está afuera; el paciente más silencioso y con alteraciones en la percepción de los cincuenta minutos de la sesión. A veces la hora le ha resultado muy corta (y a nosotros se nos hizo interminable porque nos dio muy poco material); a veces puede suceder lo contrario.

Este tipo de paciente siempre se está planteando incógnitas, los grandes problemas filosóficos de la vida, por ejemplo qué es la verdad, qué es la inteligencia, qué es la justicia, o también el origen del mundo o de la vida. Para él, analizarse es, justamente, encontrar respuesta a esas cuestiones a partir de una incógnita central: qué es el análisis; pero lo hace en forma fría, como quien observa desde afuera. Este paciente puede tener la capacidad de ver objetivamente las cosas en su totalidad pero tiene un serio problema para hablar, porque hablar es comprometerse. Son los

pacientes que empiezan a hablar en voz baja, para adentro, y el lenguaje se va haciendo más y más críptico, cuando no empiezan a aparecer los neologismos. El analista está siempre intrigado, todo le parece insólito y a veces termina con dolor de cabeza. El terapeuta tiende a idealizarlo y el paciente, por su parte, concibe al analista como un sujeto que piensa y lo tiene muy idealizado, ya que estos pacientes sobrevaloran el pensar. «Con la estilística 1 el paciente sólo puede ser un óptimo receptor, pero se encuentra cercenado como emisor» (Lieberman, 1976, pág. 28). «El estilo reflexivo se caracteriza por el alto grado de generalidad de las emisiones» (*ibid.*, pág. 54), de modo que los acontecimientos vitales se transforman en incógnitas abstractas que se plantean y se persiguen sin suspenso. Contemplando a su objeto sin afecto y sin vida, el individuo pierde los límites de su personalidad, fusionado «con una totalidad trascendente con la cual el vínculo es predominantemente cognitivo (en términos de certidumbre-incertidumbre)» (*ibid.*, pág. 55).

Lieberman recuerda a una paciente esquizoide que estaba muy intrigada por las tazas de café que a veces aparecían en su escritorio (cuando su hora seguía a una supervisión). Después de mucho tiempo dijo cierta vez: «Hay personas a las que les tengo que hablar en lenguaje notarial. Esos, esos, esos que vienen a tomar café». Su lenguaje notarial se refería, entonces, a que ella tenía que dejar sentado en un protocolo, como hacen los escribanos, que la analizada Fulana de Tal deja constancia que tiene especial interés en conocer qué vienen a hacer esos que salen del consultorio cuando ella entra y con los que a veces conversa; y deja constancia que se siente celosa y que esas tazas de café son un testimonio que queda asentado en este protocolo, etcétera. El grado de deformación es enorme. Hablar como un protocolo (o por correspondencia) nos está mostrando, en última instancia, que el paciente está lejos.⁸

En relación con los niveles semióticos, el estilo reflexivo opera con cierta precisión formal y abstracta desde el punto de vista sintáctico, con una escala de valores semánticos que giran de observar sin participar a ser observado participando; en cuanto a la pragmática, el estilo reflexivo tiende a despertar en el usuario incertidumbre, desconfianza y desapego.

Estilo 2 (lírico)

El segundo tipo corresponde al cicloide de la psicopatología clásica. No lo encuentra expuesto con claridad en los dos trabajos sobre la posición depresiva de Melanie Klein (1935, 1940) y también en los estudios más recientes sobre la simbiosis trasfereencial de Bleger (1967) y Mahler (1967). Son los pacientes que están literalmente encima de nosotros, se meten en nosotros; presentan dificultades en la comunicación porque no tienen

⁸ Como este ejemplo y muchas de las ideas expuestas en este párrafo de la clase que doy en los seminarios de técnica de Rabi, Ferschtut y Etchegoyen el 27 de noviembre de 1980 en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.



control de sus emociones, son los pacientes «impacientes» que nunca terminan de comunicarnos algo. Es que la impaciencia se ve invadida por el aspecto oral canibalístico. Son personas que, cuando hablan, dicen la mitad y «se comen» el resto, porque no tienen una demarcación entre el pensamiento verbal hablado y el pensamiento verbal pensado. El paciente se oye a sí mismo y el impacto de lo que va diciendo hace que se coma sus palabras. Esto nos obliga a un gran esfuerzo de atención, a una especie de traducción, de lo que a veces no nos percatamos. Si grabamos la sesión no la entendemos, como si el grabador anduviera mal; y es porque el aparato registra exactamente lo dicho, lo emitido, sin completar lo omitido. Son pacientes que nos exigen un gran esfuerzo, terminan frustrándonos y a veces nos pueden producir sueño.

En contraposición al estilo 1, el self participa afectivamente, pero a costa de escindir los procesos de percepción. El compromiso afectivo lleva a la percepción parcial del objeto en una suerte de *percepción telescópica*.

El alto componente emocional que transmite el estilo lírico se canaliza muchas veces a través del código paraverbal.⁹

Mientras que la temática del estilo 1 gira sobre todo alrededor del conocimiento, aquí los temas ayudan a los sentimientos, el amor, la culpa y la necesidad de ser perdonado. También estos pacientes buscan la fusión pero no con un ente abstracto como los anteriores sino con el ser amado, cuyo amor se desea poseer eternamente.

El estilo lírico se caracteriza por una profusa inclusión de calificadores del estado de ánimo en el área sintáctica y por la tendencia pragmática a provocar fuertes respuestas afectivas en el usuario.

Adenda: El estilo lírico del paciente infantil (organoneurótico)

La *personalidad infantil*, que Ruesch describió entre sus tipos básicos, se conserva en la clasificación de Liberman que, por diversas razones, la ubica dentro de la *persona depresiva* (y consiguientemente en el estilo lírico). Tal vez se podría justificar esta inclusión señalando que el amplio registro de las emociones del estilo lírico, en cuanto tiene conexión con el cuerpo, nos está llevando como de la mano a este tipo de patología.

El paciente organoneurótico tiene una adaptación formal a la realidad pero sus emociones se canalizan hacia el cuerpo. En algo se parecen al psicópata, en cuanto no registran sus emociones, pero son radicalmente distintos porque nunca perjudican a terceros sino a ellos mismos, a su cuerpo.

⁹ Siguiendo a los teóricos de la comunicación, Liberman distingue tres códigos: verbal, paraverbal y no verbal. Los componentes paraverbales son todos los ingredientes del habla que no se hallan incluidos en el mensaje verbal, como el tono, la altura, el ritmo y la intensidad, esto es lo fonético.

En los últimos años, como ya he dicho, Liberman se ocupó detenidamente de la enfermedad psicosomática.¹⁰

Estilo 3 (épico)

El estilo épico, sin duda uno de los mejor tipificados en el registro libermaniano, es el que corresponde a la persona de acción. Es el paciente que actúa, el que recurre al acting out en la sesión —al acting in, como lo llaman algunos—. El acting out es, para Liberman, un pensamiento que no ha llegado a ser tal y se exterioriza mediante una acción; el contenido latente del acting out es, pues, una frase que el sujeto no ha llegado a estructurar.

Estos pacientes concurren al análisis con una segunda intención, que por supuesto ocultan concientemente al analista, y en esto radica, como en seguida veremos, su principal característica.

El paciente con estilo épico es el que demuestra más convincentemente, a mi juicio, el desarreglo en la relación del signo con el intérprete, esto es la pragmática. La perturbación pragmática supone una marcada distorsión en el uso de los signos. El mensaje verbal no sirve al intercambio comunicativo sino que es un medio para influir secretamente sobre la voluntad del otro. El arte de la psicopatía consiste en la inoculación (Zac, 1973).

Liberman ha estudiado también los factores genético-evolutivos que conducen a la distorsión pragmática del estilo épico recurriendo a las series complementarias de Freud y a los conceptos kleinianos de voracidad y envidia. «Los pacientes con distorsión pragmática presentan una particular dificultad para ser abordados psicoanalíticamente, como consecuencia de perturbaciones tempranas que conspiran contra la necesidad de adquirir nuevas formas de codificación en el curso del ciclo vital» (1970-72, vol. 2, pág. 579).

Liberman encuentra que concurren varios factores para que se configure la distorsión pragmática del estilo épico. Hay, en primer lugar, una huida envidiosa precoz del pecho con una acelerada maduración muscular porque está interferida la posibilidad de depender de la figura materna (*ibid.*, pág. 585). A esto se unen como segunda serie complementaria una madre narcisista e infantil y un padre ausente.

Coincidiendo con Phyllis Greenacre (1950), Liberman considera que la tendencia al acting out tiene una de sus raíces en el segundo año de la vida, cuando el niño se enfrenta con el aprendizaje de la marcha y el lenguaje, junto con el dominio esfinteriano. En el segundo año de la vida, cuando está en su apogeo el proceso de separación-individuación de Margaret Mahler (1967, 1975) y el niño empieza a hablarle a su madre desde

¹⁰ Para una meditada exposición sobre este aspecto de la investigación libermaniana, véase *Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática*, que Liberman publicó en colaboración con Elsa Grassano de Piccolo, Silvia Neborak de Dimant, Lía Placencia de Cortinas y Pola Roitman de Woscoboinik.

lejos, esta no le responde con palabras sino con gestos. Algo falla en estas madres, incapaces de pensar en función de la necesidad del niño. Son mujeres que sólo pueden pensar cuando lo que está en juego es su propia ansiedad. Mientras el niño no habla no hay problemas, pueden atenderlo sin dificultad. Pero cuando el niño crece, se aleja y habla, la madre responde con acciones y gestos. Si el niño tiene hambre, ella va a la cocina y abre el mueble donde están las galletitas. El niño se ve llevado a perfeccionar sus técnicas de acción para meterse por los intersticios y termina por ser un pequeño ladroncito que roba comida. A lo largo de su vida estas personas elaboran la teoría de que jamás van a ser entendidos; esto los lleva a una cosmovisión delirante del mundo. El analista es alguien que encontró este «curro» del diván y de venir todos los días para ganarse la vida a costa de los demás y obtener beneficios. Son los pacientes que más problemas traen con el dinero y tienden a manejar al analista con el pago.

Estilo 4 (narrativo)

El paciente con estilo narrativo corresponde a lo que con el enfoque comunicacional se había descripto como persona lógica, es decir la neurosis obsesiva de la psicopatología. En estos pacientes, la lógica formal se erige en el instrumento más idóneo para contrarrestar la lógica de las emociones, que el analista pretende alcanzar con sus interpretaciones. La hipertrofia defensiva de las operaciones lógicas supone un amplio predominio del proceso secundario, donde los rendimientos de la fantasía inconciente tienden a quedar anulados por completo.

El paciente con estilo narrativo se preocupa más por la forma en que debe entender y debe hablar que por el contenido de lo que dice o escucha. Al cuidado excesivo en el vocabulario corresponde un temor subyacente a equivocarse, a entender mal o ser mal entendido, que hunde sus raíces en la omnipotencia del pensamiento y la palabra. Acostado y quieto en el diván, suele levantar los antebrazos mientras habla para impedir que el analista irrumpa y lo interrumpa. (1970-72, vol. 2, pág. 516.)

Son estos pacientes los que más se esfuerzan por deslindarse del analista, los que más hablan y los que redactan mejor. Si transcribimos a máquina una de sus sesiones, veremos que llena varias hojas. Son pacientes que hacen crónicas organizadas en el tiempo y en el espacio: «El viernes, cuando salí de acá, me encontré en la esquina con Fulano. Y quedamos en vernos a la noche para ir a comer con nuestras esposas. Y así lo hicimos». Ordenan su discurso y lo encabezan por un «le voy a contar». De esta forma nos controlan y nos desconciertan, cuando no nos fatigan, fastidian o aburren.

El paciente con estilo narrativo aclara continuamente a qué se está refiriendo. Es característico de este estilo que el mensaje tienda a concentrarse en el contexto y en la función referencial: «Dicha función siempre remite al terapeuta a que se ubique en un contexto determinado al cual el paciente trata de conducirlo utilizando las características de la

narración, para controlar los procesos mentales del receptor, fijando la mente de este en un mundo conocido por el paciente en el cual los datos son ordenados de una manera exclusiva por este» (*ibid.*, pág. 520).

Como sabemos por los autores clásicos, la neurosis obsesiva tiene su punto de fijación en la fase anal secundaria (o retentiva). Según Freud la neurosis obsesiva aparece típicamente en el período de latencia; pero, en realidad, Klein (1932) ha mostrado que las técnicas obsesivas se instauran en el segundo año de la vida, en la época de la educación esfinteriana.

El estilo cuatro corresponde a un sujeto que, en un momento determinado de su desarrollo, sufre una socialización precoz. El sujeto llega a ser un niño ordenado y obediente, que se sobreadapta. Hace los mandados para la mamá y los deberes para la maestra, es siempre un buen alumno y recibe el premio al mejor compañero. Es que el estilo narrativo —concluye Liberman— constituye la expresión empírica de los típicos mecanismos de defensa de la neurosis obsesiva: formación reactiva, anulación y aislamiento. Como ha dicho Rosen (1967) el control anal retentivo permite mantener la secuencia de un relato y, cuando falla, el discurso «se ensucia».

A fuerza de ser un buen paciente, la persona lógica termina por ser la caricatura de un paciente. Si el analista tiene que cambiar o suspender una sesión elige a este tipo de paciente, porque cree que es el que mejor lo va a tolerar, dejándose inducir por los límites que con su control establece. En realidad es un grave error, porque alterar el encuadre a un paciente de este tipo puede ser una cosa catastrófica.

Estilo 5 (suspenso)

El estilo de la personalidad atemorizada y huidiza es el suspenso, que se caracteriza por el clima de asombro, miedo y búsqueda. Los personajes son nítidos y los signos se seleccionan para plantear incógnitas en las cuales el sujeto se siente comprometido y trata de comprometer al analista. El discurso muestra la típica evitación fóbica a nivel de palabras y giros verbales sin perder su coherencia y su orden. A veces el discurso principal se interrumpe y, al modo del «aparte» en la técnica teatral, se intercala una secuencia independiente, luego de lo cual se vuelve al tema central.

El estilo de suspenso muestra una clara oposición entre el lenguaje verbal, por un lado, y el paraverbal y el no verbal por el otro. Los dos últimos registros son los más reveladores, los que muestran las actitudes reales del paciente, mientras que el registro verbal tiende a ocultarlas. Esta discordancia marca un engaño, pero mientras en el estilo épico el engaño tiene al otro por destinatario (y víctima), aquí el engañado es el propio emisor.

La temática de este estilo gira siempre alrededor del riesgo, la aventura y el descubrimiento, opuestos a la rutina, el conformismo y la tranquilidad. Aparecen con frecuencia la competencia entre personas del

mismo sexo por un objeto de amor heterosexual, como expresión típica del complejo de Edipo positivo. Estas y otras emociones afloran claramente en este discurso, matizadas con las técnicas fóbicas de acercamiento y alejamiento, que describió Mom (1956, etc.) y que circunscriben, a veces, un polo atractivo y peligroso y otro tranquilizador pero aburrido.

Los pacientes del tipo cinco son los que mejor movilizan la señal de angustia que describió Freud en 1926. Cuando fracasa esa función anticipatoria del yo, se establece una relación objetal con angustia que deriva en la fobia. Como los del tipo uno, son pacientes que están intrigados, pero procuran crear suspenso imprimiendo a la sesión la expectativa de que algo va a pasar. Así, estos sujetos trasciben su fobia y estado de alerta al clima de la sesión. Para este paciente, el analista puede ser un detective que tiene la habilidad de encontrar al culpable, al objeto fóbigeno.

Como dijimos hace un momento al describir el discurso de estas personas, la alteración mayor se encuentra a nivel sintáctico cuando la evitación fóbica opera sobre las palabras y los giros verbales. La semántica no está especialmente perturbada y, en cuanto a la pragmática, lo más característico de este estilo, como indica su nombre, es el intento de crear suspenso en el receptor, a quien siempre se le adjudica un papel de observador no participante.

Estilo 6 (estético)

El paciente con estilo dramático que provoca impacto estético es la persona demostrativa según los modos comunicacionales, que corresponde a la histeria de la clínica psiquiátrica. Aquí se aprecia «una óptima sincronización de los códigos verbal, paraverbal y no verbal para transmitir un mensaje» (Liberman, 1976, pág. 58). Como en el estilo anterior, el espacio, el tiempo, los objetos y los personajes aparecen claramente delimitados; pero la diferencia estriba en que aquí no hay cambios bruscos en las secuencias discursivas, ni se intenta crear la atmósfera de suspenso, «sino que se busca un óptimo grado de redundancia, sea porque los tres códigos transmiten isomórficamente el mismo mensaje, o bien porque se articulan complementariamente con este mismo objetivo» (*ibid.*, pág. 58).

Este tipo de paciente procura crear en el receptor un impacto estético. Se deleita al emitir las señales y al recibirlas. Hay aquí, dice Liberman (*ibid.*, pág. 59), una especie de placer funcional que coincide con temas agradables de frecuente contenido erótico, con muchos elementos de belleza y fascinación.

Los pacientes del estilo seis son los que más provocan en el analista un sentimiento de comodidad y agrado. La resistencia de transferencia se basa aquí en el exhibicionismo. Si el analista queda fascinado por los recursos del paciente, la sesión se va a convertir en una especie de espectáculo y como es natural fracasará. El sentimiento de vergüenza y de fealdad, el temor al ridículo son rasgos reconocidamente histéricos derivados de la pulsión exhibicionista, que están en la raíz del estilo estético.

6. Estilos complementarios

Los seis tipos que acabo de describir tratando de ajustarme fielmente al pensamiento de Liberman nunca se dan en estado puro. Los estilos se mezclan, se superponen y también se contraponen. Si una persona tiene de base un estilo reflexivo y trata de solucionar su aislamiento emocional y su incomunicación empleando técnicas histéricas, será entonces un histérico torpe, nunca un histérico elegante. Del mismo modo un paciente que tiene una estructura básicamente obsesiva y, por tanto, estilo narrativo, pero que puede apelar a las técnicas dramáticas de la histeria, será alguien que cuenta cosas pero intercala diálogos: «Llegamos a la esquina y ella me dijo: ¿Dónde querés ir? Y yo le dije: Vos siempre querés que sea yo el que decida. No, esta vez decidí vos. Entonces ella se dio vuelta y en ese momento llegaron los otros y dijeron: ¡Che! ¿Otra vez se están peleando?». Es una crónica narrada en forma de libreto teatral, donde el sujeto, de alguna manera, va actuando los papeles que nos va describiendo. El elemento histérico le da a la técnica narrativa más plasticidad.

De esta forma, el estilo nunca es simple; se le agregan otros registros que, si bien lo complican y le hacen perder su nitidez, también lo enriquecen y lo diversifican.

Un postulado básico de toda la reflexión libermaniana es que los estilos no sólo se superponen sino que también se complementan, que cada estilo tiene otro que le es complementario y, por tanto, en un momento dado, será el que más se adecúe a su capacidad de receptor. El estilo narrativo se complementa con el épico, el reflexivo con el dramático que crea suspenso.

Liberman expuso claramente sus ideas sobre complementariedad estilística en su colaboración a la *Revista de Psicoanálisis* en el número conmemorativo de sus treinta años y en un artículo especial para la *Revista Uruguaya* en homenaje a Pichon Rivière.¹¹

La complementariedad estilística, dice Liberman (1978), deriva de las pautas de interacción en la psicoterapia; y agrega inmediatamente: «Debemos comprender que complementariedad significa las diferencias de los papeles y características de los mensajes, y que contrasta con la interacción simétrica, donde las similitudes predominan» (*ibid.*, pág. 45, nota al pie). Si el analista razona o discute con su paciente obsesivo establece una interacción simétrica; si puede recurrir al estilo épico al interpretarle, podrá alcanzar la complementariedad, dándole al paciente lo que le falta. Como corolario de estas reflexiones, Liberman llega a afirmar que los cambios del analizado durante el proceso psicoanalítico dependen del grado en que se ajuste la organización verbal de la interpretación a las condiciones receptivas del paciente y, por consiguiente, «cuanto mayor es el grado de adecuación entre la estructura de la frase que formula la in-

¹¹ «Complementariedad estilística entre el material del paciente y la interpretación» (1974), «El diálogo psicoanalítico y la complementariedad estilística entre analizado y analista» (1978).

interpretación y el estado del paciente cuando la recibe, tanto menor será la «distorsión» (*ibid.*, págs. 45-6). El significado de este ajuste, dice Liberman taxativamente, es la complementariedad estilística (*ibid.*, pág. 46). La interpretación debe ofrecer al analizado los modelos del pensamiento verbal que no pudo construir en su desarrollo y, por esto, «la interpretación ideal, la más exacta, será aquella que reúna en una sola oración los componentes estilísticos de que el paciente carece» (*ibid.*, pág. 48). La interacción complementaria, concluye Liberman, conduce al paciente al insight.

En otras palabras, a lo que en términos fenomenológicos llamamos empatía, Liberman trata de darle un contenido lingüístico a través de la complementariedad estilística. Lo que en la sesión surge como empatía aparece después, cuando se estudia la sesión, como complementariedad estilística.

Si bien la complementariedad estilística implica una toma de posición teórica frente al analizado, frente a la transferencia y frente al proceso analítico, Liberman no descuida los otros determinantes y advierte que si se sobrevalora la idea de estilos complementarios se corre el riesgo de perder la espontaneidad, sometiéndose a la búsqueda de una complementariedad ideal. Por esto, «cuando alcanzamos un nivel óptimo de trabajo, efectuamos sin premeditarlo la complementariedad estilística» (*ibid.*, pág. 48).

35. Aspectos epistemológicos de la interpretación psicoanalítica

Gregorio Klimovsky

1. Introducción

El problema que plantea la estructura lógica de la interpretación y su contrastabilidad no es para nada fácil, y pocos son todavía los lógicos que tienen afición por estos temas. Hemos tenido la oportunidad de discutirlos por años con muchos psicoanalistas y, si alguna conclusión prometedora hemos llegado a extraer finalmente, una parte importante del mérito es de los amigos que han tenido intervención en esas discusiones.

Vista por un lógico o un epistemólogo, la interpretación en psicoanálisis plantea problemas parecidos a los que se presentan cuando se quiere fundamentar las teorías físicas y las razones para aceptarlas o rechazarlas, así como también a los que se plantean en ciencias sociales, más concretamente en disciplinas como la historia, cuando se les quiere aplicar el concepto de explicación.

Quizás algunos de los debates más interesantes en la epistemología contemporánea estén por este lado; también es donde menos acuerdo hay, de modo que, entre las analogías que nosotros vemos dentro de este mosaico de dificultades, se podría decir que, más que resultados ciertos, existen diversas variantes y posibilidades.

El primer problema que se plantea es el de la naturaleza lógica de la interpretación. ¿Qué es lo que ocurre cuando se lleva a cabo una interpretación, qué estructuras encuentra en ella un lógico? De los varios aspectos que inmediatamente se encuentran como características del acto de interpretar, tres llaman la atención y llevan a problemas diferentes: el explicativo, el semántico y la vertiente instrumental. Nos vamos a referir más al primero que a los restantes, pero no debemos olvidar que los tres son de interés.

Varias son las ocasiones en que hemos intentado precisar qué hay en el problema de la interpretación desde el punto de vista epistemológico. No es cosa fácil porque los psicoanalistas mismos parecen no ofrecer una completa unanimidad conceptual y un perfil claro de lo que ellos entienden por interpretación, de manera que, a veces, no se sabe qué es lo que se está discutiendo. Algo bastante curioso es que, en los largos, extensos y lúcidos trabajos que signan la labor freudiana, la palabra interpretación aparece poco, a pesar de ser una de las nociones centrales de su teoría, uno de sus principales aportes.

Es evidente que muchos de los usos que él hace de la interpretación en *La interpretación de los sueños* (1900a) son más bien canónicos, donde «interpretación» quiere decir algo así como una clave explicativa de lo que está sucediendo en la psiquis o en la conducta del sujeto y no otra cosa. Pero hay otros contextos en la obra de Freud donde la interpretación aparece más bien como un instrumento de la terapia psicoanalítica y de la tarea clínica, como algo peculiar que no es ya meramente de tipo epistemológico sino que posee también las características de instrumento de acción. No vamos a referirnos, sin embargo, a las distintas concepciones que sobre la interpretación tienen los mismos psicoanalistas, porque nos parece que esa es una tarea que les corresponde a ellos. Algo de esto se ve en el libro de Louis Paul *Psychoanalytic clinical interpretation* (1963), donde los artículos compaginados muestran una atractiva variedad de concepciones acerca de la interpretación.

Dijimos que en la interpretación psicoanalítica se superponen tres fenómenos que siempre allí coexisten.

El primero es de orden epistemológico y se relaciona con el tipo de conocimiento que la interpretación ofrece. Una interpretación es una especie de teoría en miniatura acerca de lo que hay detrás de un fenómeno manifestado. De este modo, interpretar implica producir un modelo o una hipótesis de modo semejante a lo que haría un físico cuando quiere señalar qué hay detrás de un efecto. A esto lo podríamos llamar la vertiente gnoseológica de la interpretación, y plantea problemas epistemológicos típicos.

La segunda faceta ligada al fenómeno de la interpretación es de tipo semiótico, tiene que ver con significaciones. Lo que aquí se hace es algo parecido a una captación de los significados que está ofreciendo el material que la interpretación atiende. Aquí la labor se parece a la de un lingüista o un semiótico y es de un orden diferente al gnoseológico, si bien no puede dejar de reconocerse que hay aspectos comunes.

El tercer aspecto es instrumental y quizás, en cierto sentido, terapéutico; y es que la interpretación en psicoanálisis es una acción: el que interpreta está haciendo algo con el fin de producir una modificación o un determinado efecto en el paciente.

2. El aspecto gnoseológico

Lo que primero se impone a nuestro espíritu al estudiar el fenómeno de la interpretación es que es un acto de conocimiento; con ella intentamos obtener un conocimiento: es una afirmación que el analista hace en relación con el material ofrecido por el paciente, con el propósito de leerlo, describirlo o explicarlo. Por qué no utilizamos una sola palabra, *explicar*, enseguida va a aclararse. De todos modos, este es el aspecto teórico, de conocimiento hipotético-deductivo implicado por la interpretación. Lo primero que queremos hacer notar es que en una interpretación el psicoanalista formula una proposición, enuncia lo que los lógicos lla-

man una *sentencia declarativa*, o sea algo en lo que el psicoanalista puede estar equivocado o acertado. En la mayoría de los casos, la afirmación que constituye la interpretación es de carácter hipotético, porque la verdad o falsedad de lo que se está diciendo no es conocida. Por supuesto, no lo es directamente por el paciente; pero tampoco lo es para el terapeuta. La interpretación tiene en gran medida características de conjetura y, como tal, es más bien una especie de aventura que exigirá, como decía el profeta, que se la mida por sus frutos. Sólo al conocer cuáles son los efectos de esa declaración podrá ponderarse su exactitud.

Para entrar ahora a discutir el aspecto explicativo, empezaremos por decir que desde un punto de vista lógico vale la pena distinguir dos tipos de interpretaciones: las que se obtienen *por lectura* y las que surgen como hipótesis, *por explicación*.

Para darnos a entender, hagamos previamente algunas alusiones de carácter epistémico. Primeramente, mencionemos una característica del tipo de teoría y de discurso que el psicoanálisis maneja y que se relaciona con la evidente diferencia que hay entre un tipo de material que epistemológicamente podríamos llamar directo, que está más o menos próximo a la descripción, a la observación, a la práctica clínica, y que corresponde al material empírico (en psicoanálisis es más corriente llamarlo «material manifiesto»); y, en segundo lugar, lo que epistemológicamente podríamos llamar el material teórico, que no es directamente visible y observable, al que hay que llegar de manera indirecta; aquí estaría el material latente, inconciente.

Lo que acabamos de señalar es una diferencia que se hace en ciertas disciplinas científicas entre lo que pudiéramos llamar el lado empírico y el lado teórico de la realidad estudiada, diferencia que por otra parte no se va a encontrar en todas las disciplinas. Hay teorías que son puramente empíricas, teorías que construyen grandes hipótesis, y muy ingeniosas, pero sobre material detectable y observable. La teoría de la evolución de Darwin, tal como su autor la expone en la primera edición de *El origen de las especies*, en 1859, por ejemplo, es de este tipo; teoría muy bien armada, ingeniosa y enormemente explicativa porque da cuenta de una cantidad de hechos, permite hacer predicciones y es a su vez explicada por la genética, pero no hace alusión a material teórico; todas sus nociones (características, variedad, determinación, adaptación) se pueden definir perfectamente de una manera manifiesta, de una manera empírica. No es así lo que ocurre en genética ni en química ni tampoco es lo que ocurre en psicoanálisis.

Es verdad que un psicoanalista sabe que el material inconciente puede también en cierto sentido observarse, detectarse y describirse; pero hay una diferencia bien clara: una cosa es hablar de la conducta del paciente, del material manifiesto y otra muy distinta hablar de su estructura psíquica, de sus fantasías, de su inconciente. Ahí hay realmente un salto gnoseológico tan grande como el que acomete el químico cuando deja de hablar del color del papel tornasol y se pone a hablar de la órbita de los electrones en la estructura atómica y del desplazamiento de los electrones

en esas órbitas. En este sentido, lo que pasa dentro del aparato psíquico, lo que precisamente le interesa al psicoanalista, el corazón de lo que en este sentido «ve», tiene bastante analogía con lo que le interesa a un químico en cuanto a la estructura interna de moléculas, átomos y electrones. Desde este punto de vista son situaciones teóricas bastante parecidas. Un problema que el psicoanálisis tiene en común con todas estas teorías de la ciencia natural es cómo se puede fundamentar nuestro conocimiento, cómo es posible lograr la ordenación, la sistematización de esa parte de la ciencia que no es directamente accesible, directamente operable, empíricamente tangible.

El problema de la interpretación involucra directamente esta cuestión, porque el que interpreta (en la forma tradicional en que puede pensarse que la interpretación psicoanalítica existe, desde Freud en adelante) no está ni describiendo, ni correlacionando, ni siquiera está colocando un hecho descriptivo en el contexto de otros hechos descriptivos. En realidad, en el sentido ordinario de la palabra, una interpretación trasciende siempre la conducta del paciente, el dato empírico, y cala mucho más hondo en estructuras primitivas que están en el inconciente, en hechos reprimidos, en pulsiones instintivas y muchos otros elementos que de ninguna manera son gnoseológicamente comparables a lo que manifiestan la conducta propiamente dicha y el material verbal del paciente. Y aquí es donde viene la segunda cuestión: ¿cómo se hace para alcanzar con la interpretación el material al cual interesa llegar, cuál es el procedimiento adecuado?

3. La interpretación-lectura

En ciencia existen muchos procedimientos para poder acceder a lo que no es directamente visible o epistemológicamente directo. Un tanto metafóricamente, pero no mucho, podríamos decir que el microscopio y el telescopio son algo así, porque permiten técnicamente llegar a observar lo que no es directamente observable, lo que no está empíricamente dado. Sin embargo, para observar mediante el microscopio o el telescopio es necesario tener previamente una teoría. Si no hubiera una teoría, podría uno reaccionar como muchos colegas de Galileo: no queriendo observar nada mediante ese instrumento, que para ellos —debido a sus prejuicios— debía ser mágico, encantado y defectuoso. Si realmente no hubiera una teoría científica que lo justifique, el telescopio podría ser pensado como algo embrujado. Realmente no se vería por qué tiene que garantizar conocimiento. Existe afortunadamente una teoría, una teoría independiente de la biología o la astronomía, que es la óptica, cuyas leyes correlacionan lo que está del lado de la vida cotidiana, de la práctica inmediata (y que en el aparato está en el ocular), con lo que está del lado del objetivo, que es precisamente lo que quiere conocerse. De modo que cuando alguien ha internalizado la óptica depositando en ella de buena fe

la garantía de que los instrumentos sirven, ya no va a discutir más problemas de óptica cuando haga astronomía o biología: acepta realmente que cuando observa ciertos fenómenos de este lado del aparato óptico es que hay tales o cuales cosas del otro.

Las leyes que correlacionan un tipo de variable con otro, el lado empírico con el no empírico, se suelen llamar en la jerga epistemológica *reglas de correspondencia*. Son también hipótesis, son también leyes que alguna teoría científica ha proporcionado y que correlacionan lo visible con lo que no lo es, el material manifiesto con el contenido latente, para emplear las clásicas expresiones psicoanalíticas que Freud introdujo al estudiar el sueño.

Para entendernos acerca de la discusión que sigue, lo que estamos llamando material manifiesto, desde el punto de vista epistemológico es material observable, es lo que puede llamarse material empírico, el material para cuyo conocimiento habría acceso hasta en el sentido conductístico de la palabra. Que el paciente ha dicho tal o cual cosa, o que no lo ha dicho (esto a veces es también importante y para los lacanianos aún más), es un hecho que puede registrarse; incluso si hubiese filmadoras o aparatos de registro oculto, allí estaría el hecho y no se podría negar. Al lado de esto tenemos lo que pertenece al sector inconciente del individuo, todo lo que es material latente, inobservable o no empírico, que los epistemólogos suelen llamar, usando una nomenclatura que no nos gusta pero que está impuesta, los objetos «teóricos» (según la nomenclatura anglosajona); esto quiere decir los objetos «que uno conjetura con auxilio de la teoría, pero que no son directamente observables». Para el psicoanálisis la conducta es directamente observable, el inconciente no lo es, sólo es conjetural o indirecto. Pero, precisamente, lo que al psicoanálisis le interesa es llegar al inconciente, porque allí es donde está lo importante, de modo que su problema es cómo fundamentar lo que se conjetura, a partir de la conducta directamente observable. En este sentido, el psicoanálisis es una disciplina con mucha más osadía que el conductismo, porque este no quiere saber de ese otro lado de la cuestión, que para él no es científico; lo científico para el conductismo es quedarse sólo con lo que es directamente observable. El psicoanalista piensa, en cambio, que lo científico será sustentar lo que se diga acerca del inconciente.

De esta manera, se podrá distinguir entre material observable, que llamaremos *A*, y material de tipo *B*, inobservable, conjeturable. Y no cabe duda de que la interpretación es algo que trata de vincular el material *A* con el *B*.

A veces lo observable *A* se vincula con lo conjeturado *B* mediante una ley que dice *si A entonces B*. O también: si ocurre *A* entonces ocurre *B*. Si tenemos una forma redonda *A* de este lado del ocular, entonces, y en virtud de que he aceptado las leyes de la óptica, tendremos *B*, una célula, por ejemplo, del lado del objetivo. En cierto modo, cuando estamos frente a *A* podemos entender, si hemos internalizado la ley en cuestión — como decíamos antes —, que estamos ante *B*, o como si estuviéramos viendo *B*, aunque en realidad lo único que vemos de verdad es *A*.

Un epistemólogo empirista muy a la inglesa aquí protestaría; nos diría que, en realidad, desde el punto de vista más serio de la historia del conocimiento y de su fundamentación, lo único que se puede decir es que conocemos A: pero todos sabemos que el acto de conocer, como también el acto mismo de percibir implican una mezcla inextricable y «gestáltica» de aspectos empíricos y conceptuales. Aun la visión del libro que tenemos sobre la mesa es algo que se nos da como dato empírico y en forma totalmente inmediata, sin dividirse en una etapa en que hay un dato que después interpretamos. Evidentemente, en forma ingenua, estamos ante un libro, aunque, en realidad, lo que pasa es algo más complejo en que percibimos una «Gestalt» formada por elementos sensibles y elementos conceptuales que corresponden al concepto de libro. En conclusión, si un científico ha internalizado en su concepción del mundo ciertas leyes, indudablemente cuando está frente a la mancha o imagen del ocular, «gestálticamente» estará viendo lo que dice que ve y que está, en realidad, en el objetivo —la célula o el microorganismo—. Cuando se internaliza una ley de estas uno termina por *ver*, por tener experiencias que van más allá de la experiencia preteórica; dicho de otra manera, las hipótesis del tipo que dijimos terminan, como los anteojos, por hacerle «ver» a uno lo que no podría realmente ver sin ellos.

Aquí hay una cosa interesante porque, con todo esto que dijimos, podríamos estar insinuando que, a lo mejor, los psicoanalistas tienen, por analogía a los biólogos, una especie de «óptico privado» que les proporciona un tipo de microscopio que les permite llegar al material latente a través del material manifiesto. Tal idea es totalmente acertada, si bien la diferencia es que, mientras los biólogos tuvieron la suerte de que los físicos les proporcionaran el tipo de ley «si A entonces B» para utilizar el microscopio, los psicoanalistas tuvieron que hacerse su propia óptica a través de sus teorías. En realidad, es el psicoanálisis mismo el que llega al tipo de ley «si A entonces B» que permite en forma inequívoca, a través de un rasgo de conducta y de esa regla de correspondencia, comprender qué está pasando internamente en la persona estudiada.

Los ejemplos que podamos dar seguramente pecarán de ingenuos como todos los que quieren ilustrar un campo ajeno al especialista. Si tomamos en consideración la forma en que Freud explica la estructura de los fenómenos patológicos en *El yo y el ello* (1923b) y en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d), podemos enunciar una ley que, expuesta simplemente, nos diga una cosa como esta: si una persona está en la ocasión apropiada para desarrollar una acción para la cual manifiesta interés y deja sin embargo de hacerla, entonces es que el superyó ha inhibido la acción del yo. Se comprende que estamos ante una afirmación del tipo «si A entonces B», porque estamos diciendo que si se da la carencia de una acción por parte de un agente en circunstancias adecuadas *entonces* ocurre que el superyó ejerce una acción inhibitoria. En realidad, desde el punto de vista epistemológico, el superyó y la acción inhibitoria no son material manifiesto, material empírico. Para una fundamentación epistemológica del psicoanálisis, el superyó no es dato; lo que sí es dato es que

se ha dejado de hacer una acción que el contorno favorecía y que había interés manifiesto por parte del agente en hacerla: está el muchacho, está la muchacha en las circunstancias apropiadas, ella deseosa y con el mayor beneplácito; a él le gusta la chica; pero no se sabe qué ha pasado, de pronto él toma un libro y se pone a leer. Estos son los datos, no el superyó y su acción inhibitoria.

Sin embargo, el psicoanálisis ha llegado a una hipótesis como la que pusimos de ejemplo basándose en los estudios de Freud; y esta hipótesis puede estar muy bien contrastada, puede estar realmente muy apoyada por una empiria anterior, de modo que un psicoanalista no la discute más, porque tiene ya sobrados motivos para pensar que, con ese aparato teórico conceptual, él se desempeña bastante bien. (Afortunadamente, ningún científico prácticamente está haciendo el planteo epistemológico continuo de todo lo que hace, y creemos que los pacientes huirían desparvoridos ante la idea de que el psicoanalista está constantemente reexaminando epistemológicamente la teoría que emplea para curarlo. De manera que, en el tipo de ejemplo que dimos, hay siempre una tal ley que está incorporada al «automatismo teórico» del psicoanalista. Pero, claro, si tenemos ese tipo de ley, tenemos lo mismo que el biólogo cuando presupone la óptica del microscopio; tenemos algo tal que, si estamos en el conocimiento de A, que aquí es la carencia de conducta positiva a la cual yo me refería, y como sabemos que eso está relacionado con B, lo que pasa en el inconciente, podemos hacer ese tipo de lectura «gestáltica», conceptual, de la experiencia. Del mismo modo que en la vida cotidiana tenemos todo el derecho a decir que poseemos como dato que esto que está en mi mesa es un libro, el psicoanalista dirá que tiene como dato la inhibición del yo por el superyó de la persona en cuestión.

En resumen, cuando la forma lógica de la relación entre una variable y otra es la que estamos considerando, efectuamos la «lectura» de B, que como ustedes han notado no es visible, a partir de A que es lo visible.

Señalemos una vez más que si aplicamos la ley «si A entonces B», es porque estamos suponiendo que las variables A y B están en una particular relación, de modo que A implica B, suposición que se supone sustentada por una determinada teoría psicoanalítica.

Este tipo de relación entre A y B que nos permite hacer una «interpretación-lectura» consiste en que A es *condición suficiente* para B, y, también, como dicen los lógicos, B es *condición necesaria* para A. Esto quiere decir que no puede darse A sin estar presente B. Cuando una ley como esta se ha incluido en una teoría, nos permite «leer» en el material lo que no veríamos sin la ley, en nuestro ejemplo la acción inhibitoria del superyó a través de la conducta peculiar del muchacho. Si tenemos una ley que nos dice que cuando esa conducta está presente, entonces forzosamente la inhibición debe estar presente, podemos decir que estamos leyendo la inhibición a través del dato manifiesto.

Quien no dispusiera de la teoría, o simplemente no estuviera muy habituado a utilizarla, no podría hacerlo; eso es cierto. Un lego no vería el superyó inhibiendo al yo; vería simplemente una conducta intrigante, in-

comprensible. En este sentido, repito, la teoría nos permite ver lo que sin ella no podríamos ver: tiene, realmente, el mismo efecto que una lente de aumento. No por repetida, la metáfora deja de ser exacta. De igual modo, las reglas semióticas nos dicen cómo captar un significado de un modo análogo: si tenemos un signo A (constituido por rasgos visibles) y queremos *leerlo* aprehendiendo su sentido B, las reglas que establecen sentido nos enseñarán que «si se da el signo A entonces está el sentido B». Por esto es que estamos hablando de «*leer*», si es que hacer tal cosa es captar el sentido B a través del signo A.

Cuando el material manifiesto está ligado con el material latente por alguna relación legal del tipo que acabamos de decir, o sea por una hipótesis que dice que si este material manifiesto está tiene forzosamente que acompañarse de tal material latente, estamos entonces autorizados a decir, y para este caso solamente, que la interpretación es una *lectura*, que nosotros estamos captando realmente lo que ocurre en el inconciente a través de lo que observamos, a través del material manifiesto. Más aún, insistimos en que puede decirse, con toda naturalidad y sin reparos, que lo estamos *viendo*. Esto, entre paréntesis, produce cierto escándalo entre los que no meditaron el problema de la epistemología del psicoanálisis, sobre todo porque a veces se habla de comunicación de inconciente a inconciente, de captar directamente el inconciente del otro, y estas formas de decir son siempre muy sospechosas para quien viene de afuera y estará tentado a pensar en la telepatía, en relaciones mágicas, en algún tipo de misterioso canal subterráneo universal que conecta dos mentes distintas.

En realidad, después de lo que hemos dicho no parece haber dificultad alguna desde el punto de vista lógico. El problema está claro: si el psicoanalista, a través de su teoría (y de su práctica), ha incorporado algún tipo de ley que relaciona el material manifiesto con el latente de la manera que hemos caracterizado «si A entonces B», entonces es cierto que accede legítimamente a la experiencia de estar viendo el inconciente del otro pero en el mismo sentido en que un biólogo no duda ni por un momento de que está viendo la célula con su microscopio; y así como el biólogo no se hace el menor problema gnoseológico por su forma de hablar, tampoco tiene por qué hacérselo el psicoanalista.

Desde el punto de vista lógico, pues, el problema es claro, aunque no se nos escapa que puede haber dificultades técnicas implicadas en este tipo de interpretación. No entraremos a discutir las, porque no son de nuestra competencia; pero queremos señalar que, aunque estas interpretaciones-lecturas puedan ser objetadas técnicamente por no ser instrumentales, porque facilitan una excesiva intelectualización o por lo que fuere, no dejan de ser irreprochables para el lógico.

Nuestra primera conclusión, entonces, es que hay un tipo de interpretación que es una lectura, en la que el material latente es leído a través del material manifiesto, donde *leído* quiere decir detectado a través de una ley. Cuando la ley es del tipo «si A entonces B», el material manifiesto es lo que se llama una *condición suficiente*, su presencia basta y sobra, es suficiente, para que colijamos la presencia de aquello que debe estar

acompañándolo. El otro, el material latente, es la *condición necesaria*, y es lo leído.

Una meditación al margen en este momento es que, de todas maneras, para que esto sea posible, el intérprete tiene que haber incorporado las leyes, sea a través de su aprendizaje de la teoría psicoanalítica o, en forma no explícita, mediante la referencia indirecta que le suministran sus maestros. Es decir, finalmente, aunque nuestros maestros pueden no ser la óptica por entero, serán al menos los anteojos que usamos; porque uno aprende de esta manera muchas leyes, muchas regularidades, simplemente porque la práctica dirigida se lo enseña. Vaya esto como una pequeña justificación del importante papel que desempeña la teoría en el aprendizaje, y esto va para los historiadores, para los sociólogos, para los psicólogos clínicos, para los psicoanalistas. Sin incorporar las hipótesis que establecen este tipo de correlación, no habría posibilidad de hacer el tipo de lectura que en este caso es la interpretación psicoanalítica. Pero este es también el caso de la interpretación sociológica, que sería la lectura de una variable (o de un hecho) a través de indicadores, como ellos dicen —y los indicadores se suponen variables o datos manifiestos—.

4. La interpretación-explicación

En nuestra opinión, sin embargo, el caso típico de la interpretación psicoanalítica no es el que acabamos de caracterizar sino el inverso, donde el contenido manifiesto es la condición necesaria y el contenido latente la condición suficiente. Esto quiere decir que la ley que esta vez el psicoanálisis nos da es que si B está presente en el inconciente, entonces tiene que ocurrir A en la conducta. Como puede apreciarse, el ejemplo está ahora al revés: antes teníamos que «si está A es que está acompañado de B»; ahora decimos que si está B es que está acompañado de A, pero A es lo visible. Por consiguiente, ver A no nos permite ahora decir con seguridad que estamos ante B. Cuando esto ocurre, frente al material manifiesto ya no podemos decir sin más que estamos leyendo el contenido latente, pues esto sería cometer un error lógico fundamental; es cierto que si uno bebe cicuta entonces se muere, pero no es cierto que si alguien está muerto es porque bebió cicuta; hay muchas otras formas de morirse.¹

Frente a esta configuración, lo que podemos hacer es *suponer* que el contenido latente es B, porque estamos ante el material A y la ley dice que si está B en el inconciente tiene que aparecer el material A en el contenido manifiesto. Sin embargo, debe tenerse presente que a lo mejor hay otra causa C que puede estar promoviendo la presencia de A, en lugar de

¹ Recordemos que la afirmación «si B entonces A», así como la anterior «si A entonces B» son, de acuerdo con lo dicho más arriba, «reglas de correspondencia», es decir, ligan conceptos y fenómenos «empíricos» A con nociones y acontecimientos «teóricos» B. Su papel en ciencia es muy importante, como la presente discusión lo muestra.

B (pues tal vez también sea cierta la ley «si se da C entonces se da A»).

Para dar un ejemplo de este tipo podríamos partir de la clásica configuración edípica y establecer, para el caso de un varón, una ley que dijera que si la imago del padre es agresiva entonces, según la teoría de la transferencia, este hombre también tiende a ver en las figuras varoniles con las cuales está en relación de dependencia una nota de agresividad. Con esta ley no sacamos, sin embargo, del hecho que el paciente esté describiendo a alguien como agresivo, que le está transfiriendo la figura del padre. Podría ser cierto todo lo que dijimos; pero, a lo mejor, hay otra causa por la cual en este momento él está viendo a Fulano, material manifiesto, como agresivo. Podría, por ejemplo, estar expresando un conflicto de rivalidad con un hermano, podría estar proyectando en este Fulano su propia agresividad contra la madre y, desde luego, podría estar observando objetivamente los hechos. Tenemos que limitarnos entonces, en principio, a decir que la tendencia de este paciente a ver una persona como agresiva es por la hipotética existencia de la imago del padre o por alguna otra razón. Qué ocurre exactamente de veras no lo sabemos y, de todas maneras, no podemos decir que estamos «leyendo» a través de su material manifiesto la imago agresiva del padre.

Sin embargo, es muy probable que el psicoanalista, pese a todo, diga: sí, pero es la figura del padre no más. Cuando hace esto, el psicoanalista no ha leído el material latente, lo que realmente ha hecho es formular una hipótesis; la hipótesis, muy útil, de suponer que el material latente es así. Suponer esto le resulta explicativamente útil, porque dispone de una ley que dice que cuando ese material latente está presente, tienen que ocurrir tales o cuales cosas en la conducta manifiesta. A partir de la hipótesis de que la imago agresiva del padre gravita en este momento en el ánimo del paciente, más la ley que dice que esa imago inconciente se acompaña de tales o cuales referencias o de tal o cual material, se *explica* por qué el paciente ha ofrecido el material que ofreció.

El modelo de lo que aquí ocurre es lo que se suele llamar un diseño explicativo, que tiene bastantes complicaciones, por cierto. No deseamos entrar ahora a caracterizar el llamado *modelo de Hempel* (1965) y su estructura lógica en cuanto pauta de lo que es una explicación. Baste la idea de que en este tipo de interpretación primero se propone una hipótesis y, al ver que de la hipótesis, con ayuda de una ley, se puede deducir lo ya conocido (el material manifiesto), decimos que lo hemos explicado.

Pensamos que esta forma de interpretar es la más habitual, porque creemos que el psicoanálisis es más bien una teoría modelística: proporciona un modelo de funcionamiento del aparato psíquico del cual se desprenden ciertas consecuencias sobre la conducta manifiesta de los seres humanos y en particular de los pacientes. En este sentido, parece que en psicoanálisis es más frecuente, aunque no obligatorio, que operen leyes del tipo que estamos ahora estudiando: si ocurre internamente algo del tipo B, es que se va a ver algo del tipo A. En los casos que nos preocupan, por ende, interpretar será proponer una hipótesis y ver cómo de ella sale deductivamente, con el auxilio de leyes, lo que queríamos explicar.

En la práctica clínica un psicoanalista no da los pasos que estamos caracterizando, por supuesto. El psicoanalista tiene internalizada la teoría psicoanalítica, como también tiene internalizada la lógica del pensar efectivo y práctico, igual que todos nosotros. Lo que decimos es que, cuando un psicoanalista está ante el material manifiesto, mediante un procedimiento un tanto rápido y automático, se propone varios modelos, varias posibilidades de lo que internamente ocurre, examina también rápidamente y en forma automática cuál de esos modelos es más apto para deducir de él la conducta efectiva que ya conoce y, al advertirlo, lo atrapa inmediatamente y decide que ese modelo es explicativo. La interpretación, por consiguiente, se utiliza como hipótesis, la hipótesis de lo que ocurre internamente.

La ley que se aplica en estos casos viene del psicoanálisis, lo mismo que las leyes que permitían lecturas, otra vez forma parte del aprendizaje, de la práctica teórica que el psicoanalista ha incorporado durante su aprendizaje; para llevar a cabo la operación que nosotros acabamos de describir hay que poseer realmente un mínimo adiestramiento teórico, aunque lo hagamos automáticamente, porque la capacidad de producir una gran cantidad de modelos y ver rápidamente cuáles son los aptos para explicar deductivamente el material así lo exige: el paciente hace muchas cosas, todos los seres humanos hacemos muchas cosas, y todas son en algún sentido interpretables; pero al psicoanálisis le interesa de alguna manera atrapar aquellas que son susceptibles de una interpretación más significativa e interesante. Para que del torrente casi infinito de actos que el paciente como ser humano hace podamos atrapar aquel que me interesa como psicoanalista, tenemos que poseer el olfato teórico que permita ver detrás de ese material qué modelo podría haber que, conectado lógicamente, terminara por ser una interpretación interesante de la conducta del paciente.

Después de esta especie de apoteosis del papel de la teoría para demostrar cómo gravita en el acto de interpretar, tenemos que decir aquí, sin embargo, que hay una diferencia entre lo que es interpretación ahora y lo que era interpretación en el primer caso. Si no se discute el psicoanálisis, si el psicoanálisis está incorporado como teoría, en el primer caso, el de lectura, no hay nada que decir, se ha leído y basta. Cuando a través del material manifiesto se llega al material latente a partir de una relación de lectura, tipo microscopio, sabemos que, forzosamente, si el material manifiesto que vemos está ahí, es porque tiene que estar allá el material latente, y basta. Es verdad que se podría aquí observar que, quizás, el psicoanálisis, aunque tiene más de modelo determinista que probabilístico, toma a veces las correlaciones dichas más bien como tendencia y probabilidad que en forma rigurosa, y que no debe decir uno ni siquiera con la ley del tipo «si A entonces B», que ha leído B inexorablemente a través de A: debería solamente decir que es probable. No queremos detenernos demasiado en el fondo de esta cuestión, que no es esencial para el problema que estamos discutiendo; además, con todas las precauciones del caso, se entiende que es así. Lo que importa es que, por este camino, la lec-

tura es la lectura y es como si uno hubiese ensanchado la base empírica: uno ve mejor al paciente, en una perspectiva más amplia.

El otro tipo de interpretación, el explicativo, en que la correlación es «si B entonces A», es otro problema. La interpretación es una hipótesis acerca de lo que pasa con B, de lo que ocurre del lado interno de la cuestión. Es una hipótesis que hacemos porque intentamos conocer al paciente, lo queremos conocer mejor, lo mismo que los científicos hacen hipótesis porque quieren conocer la naturaleza del universo; pero las hipótesis hay que contrastarlas. ¿Cómo se puede valorar una hipótesis interpretativa, es decir una interpretación?

La contestación que daría un epistemólogo ingenuo es que una interpretación, lo mismo que cualquier hipótesis, se valida o contrasta a través de las consecuencias que tiene y de lo que podemos deducir de ellas. Cuando hacemos una hipótesis, de ella se pueden deducir consecuencias prácticas, clínicas, observables. Si las cosas resultan como afirmamos es que la interpretación es buena; en cambio, si no es así, la hipótesis (la interpretación) es mala. *Grosso modo* esto es lo que ocurriría. De paso sea dicho, no estaría mal recordar acá una especie de *slogan* del método científico y es que, por mucho que una hipótesis haya tenido buenas consecuencias prácticas, clínicas y observacionales, eso no la demuestra como cierta: la razón es que los lógicos saben que, desgraciadamente, razonando correctamente, de lo falso se puede deducir lo verdadero. Es una tragedia lógica esto que estamos diciendo, pero no hay nada que hacerle. Los que inventaron la lógica se dieron perfecta cuenta de que las leyes lógicas sólo garantizan que si se parte de verdades se tiene que llegar a verdades: esto es seguro, ahí la lógica se porta bien. En cambio, si uno parte de falsedades, a la lógica no le importa la cuestión porque, digamos, para la lógica, el que parte de falsedades debiera ser como el que se acuesta con chicos y amanece mojado, tiene que atenerse a las consecuencias. En tal sentido, la lógica no garantiza nada acerca de lo que pasa si uno parte de falsedades. Desgraciadamente, entonces, a veces uno parte de falsedades y, sin embargo, llega por deducción a verdades. Cuando se parte de una hipótesis, si esta es falsa permitiría deducir consecuencias verdaderas. Claro que se podría prohibir tal cosa. Pero, ¿cómo se sabe que una hipótesis es falsa? Esta es precisamente la dificultad. Pues la gracia de formular una hipótesis es que uno no sabe si es verdadera o falsa; se supone que es verdadera pero no se sabe a ciencia cierta lo que pasa. La historia de la ciencia muestra continuamente esto. No es imposible, pues, que una interpretación falsa permita extraer consecuencias verdaderas; de modo que es perfectamente posible que una interpretación sea apoyada por el material manifiesto y sea sin embargo falsa. De cualquier manera esto es lo que opinaría un hipotético-deductivista, porque, al final de cuentas, en este sentido, una interpretación no es muy diferente de cualquiera otra hipótesis. Si realmente empieza a irle sistemáticamente bien en la práctica clínica posterior al momento en que se ha emitido, es una buena señal a su favor; si le va mal, en cambio, es señal en contra.

Vamos ahora a considerar algunas dificultades específicas del método

científico cuando se lo aplica al psicoanálisis; pero antes quiero señalar que, a veces, los dos tipos de interpretación que hemos estudiado se juntan y la ley es del tipo *A si y sólo si B*. En este caso hay una conexión del tipo «condición necesaria y suficiente»: si está esto debe estar lo otro, si está lo otro debe estar esto. Cuando se presenta una situación tan conveniente, tenemos al mismo tiempo explicación y lectura. No siempre las leyes son tan buenas, pero puede ocurrir.

Con esto llegamos a ver que hay tres posibilidades gnoseológicas para la interpretación: explicación, lectura y simultáneamente explicación y lectura.

En su «Introducción del narcisismo», por ejemplo, Freud (1914c) parece utilizar un tipo de ley que es la siguiente: hay una especie de conexión del tipo «si y sólo si», condición necesaria y suficiente, entre la libido que está invistiendo la representación de un órgano o de un objeto externo o de una estructura de la personalidad, por un lado (de carácter inconciente o latente) y afectividad conductual dirigida hacia un objeto, un órgano o una parte estructural de nuestro aparato psíquico. Si la libido está así, la conducta será así; si no, no. La conducta es «si y sólo si». Al sobreentender eso, Freud tiene un arma de lectura y de explicación al mismo tiempo. Por ejemplo, arma de lectura, cuando ve un individuo muy interesado por sí mismo, con gran sobrestimación y preocupación por sí mismo, él entiende que la libido debe estar invistiendo al yo: la libido de este hombre está puesta en su yo porque este hombre se está sobrestimando. Esta es la parte de lectura: con ver qué es lo que está haciendo el sujeto se da cuenta dónde está la libido.

En algunas circunstancias, sobre todo en relación con la conducta narcisística, es al revés: si suponemos que la libido es narcisista podremos deducir que este individuo tiende a sobrestimarse. Estaríamos explicando su conducta.

5. Algunas dificultades específicas

¿Hay algo más que decir en contra de esto? Desgraciadamente la situación es bastante más complicada que lo puesto hasta ahora en evidencia. En las ciencias sociales y en el psicoanálisis habría realmente una diferencia especial que complica la cuestión y produce las dificultades que definen el meollo mismo de la epistemología de la tarea interpretativa. Es que la interpretación, como ciertas hipótesis en las ciencias sociales, tiene características que son un tanto negativas; forman parte de lo que en el lenguaje de las ciencias sociales se llaman hipótesis *autopredictivas* (o «profecías autocumplidas») y también hipótesis *suicidas*, según qué es lo que ocurra.

Es muy sabido por los sociólogos que una hipótesis, independientemente de que sea verdadera o falsa, por el hecho de que se dice, desencadena una serie de procesos que pueden terminar por su aparente confir-

mación o por su aparente refutación. Es bastante claro el viejo ejemplo, real sea dicho de paso, que cuenta Nagel en *The structure of science* (1961). Un periódico neoyorquino dijo que un banco, el Banco del Estado de Nueva York, un banco particular a pesar de su nombre, estaba atravesando dificultades y era muy probable su quiebra. A la tarde, los clientes atemorizados produjeron una corrida de tal magnitud que el banco efectivamente quebró. Aparentemente el diario tuvo razón, la hipótesis fue corroborada; pero uno huele una trampa en todo esto, porque si el diario no hubiera dicho lo que dijo, a lo mejor el banco no hubiera quebrado. En este sentido, la hipótesis está viciada porque es autopredictiva: por el hecho de que se la dice provoca consecuencias que terminan por corroborarla.

También hay casos bastante obvios en que una hipótesis, por el hecho de que se dice, puede terminar por ser refutada. Si un periódico hubiera dicho en otros tiempos, por suerte ya pasados, que corrían rumores de que el general Mengano y el general Zutano van a dar mañana un golpe de Estado y van a apresar a todo el gobierno, es muy probable que a la tarde el gobierno hubiera metido en chirona a los generales en cuestión y entonces no se diera golpe de estado alguno. Esto, sin embargo, no es una refutación de lo que el diario dijo; el diario podría sostener que si no hubiera dicho lo que dijo, si no hubiera cometido la infidencia, el golpe se daba.

Desde el punto de vista metodológico, acá hay ciertamente una dificultad. Y es que el valor de la hipótesis queda aparentemente sin poder ponerse a prueba si esta situación, la de que la hipótesis se diga, se produce. Esto alcanza a la interpretación, que casi por definición es una hipótesis que debe ser dicha, a la que el paciente va a reaccionar precisamente por el hecho de que le es dicha.

No es esta en sí una dificultad insalvable, porque, volviendo al ejemplo sociológico de antes, consideraríamos que en esa situación no hubo contrastabilidad, ya que su posibilidad se frustró por el hecho de que la hipótesis fue dicha. Esto no quiere decir, sin embargo, que científicamente aquí no hay nada que hacer, porque hay leyes (las leyes de la propagación del rumor, no las leyes económicas de cómo cierran los bancos) que dicen qué es lo que pasa cuando se echan a correr ciertos rumores. En nuestro ejemplo, el sociólogo ha visto cómo se corrobora la ley que dice que un banco, cuando hay rumores de que está en dificultades, puede quebrar por una reacción temerosa del público.

La relación que hay entre una hipótesis dicha y la reacción empírica que sobreviene al decirla no queda pues al margen del método científico. Es este un punto interesante que vale la pena señalar; y otro es que, de todas maneras, la hipótesis primitiva no se ha refutado ni se ha hecho con ella nada pertinente, porque se comprende que una ley científica rige sólo en ausencia de perturbación. Nadie contrastaría una ley científica si no es en condiciones adecuadas. Si alguien quiere comprobar inocentemente la ley de que al acercarle un fósforo encendido un inflamable estalla, no la refuta si se pone el inflamable en un recipiente hermético, porque la ley

en realidad dice que el fósforo debe acercarse cuando no hay una perturbación de ese tipo. Una ley sólo se cumple en ausencia de perturbaciones y hay que definir cuáles son las perturbaciones. Se comprende que una ley sociológica del tipo de las que estamos considerando diría que cuando los bancos pasan por tal o cual dificultad, por ejemplo en momentos en que han colocado toda su inversión en inmuebles y no tienen liquidez, si sobreviene un momento de iliquidez general, terminan por quebrar. Evidentemente, una ley como esta se podría contrastar observando qué es lo que ocurre con algunos bancos cuando todavía los periódicos no se han hecho eco de sus dificultades. Hay una enorme cantidad de posibilidades de investigación económica de este tipo. Esto está claro.

Los problemas que se plantean con la interpretación son similares. Por de pronto el testeo de interpretaciones tiene a veces una contrapartida perfectamente posible y normal, y es que el psicoanalista llegue a formular *in mente* la hipótesis interpretativa pero no se la comunique al paciente todavía. No hay razón por la cual haya que contarle al paciente todo lo que uno piensa acerca de él, de manera que hay conjeturas sobre la estructura interna del paciente que en cierto sentido se podrían llamar hipótesis interpretativas aunque no se hayan dicho, las cuales, ellas sí, podrían ser contrastadas normalmente por el método hipotético-deductivo. Si proponemos una hipótesis con los datos que poseemos acerca del paciente, podrían deducirse ciertas predicciones sobre su conducta futura que terminarán por corroborarse o refutarse. De manera que comenzaríamos por decir que, aun definiendo la interpretación como el hecho concreto y explícito de formular una hipótesis interpretativa y admitiendo que esto indudablemente provoca una perturbación, esto no impide al psicoanalista de todas maneras hacerse sus hipótesis *in petto* acerca de cómo es el paciente y tratar de verificarlas por medio de su conducta futura. La interpretación en ese sentido no es pues un escollo, al contrario, puede estar bastante apoyada desde este costado del problema. No es menos cierto, sin embargo, y vale la pena señalarlo, que los efectos autopredictivos y suicidas de una interpretación existen evidentemente, como señala Wisdom (1967).

Si el paciente tiene la amabilidad de corroborar nuestra hipótesis interpretativa antes de formularla, si ya hubo suficientes indicadores como para considerar que hay corroboración, la interpretación se formula por fin con apoyo suficiente porque, como dijimos al principio, además de tener un carácter afirmativo hipotético, la interpretación es instrumento, es un arma y no solamente una hipótesis. Uno hace algo en el enfermo para provocar un cambio. Permítaseme de paso señalar que utilizar un instrumento para producir eventos implica también el conocimiento de leyes de correlación: uno tiene que saber que si se hacen ciertas cosas se van a producir ciertos cambios. Insistamos una vez más: si uno no tiene suficiente preparación teórica, si uno carece de práctica teórica en su formulación, no sabrá que el uso instrumental de ciertas cosas va a causar ciertos efectos.

Pero volvamos a lo que considerábamos. Es obvio, y así lo señala

Wisdom, que por obra de ciertos mecanismos de defensa, o simplemente por sugestión, es perfectamente posible que el paciente no sólo rechace explícitamente una interpretación sino que, además, el material emergente a continuación no se adapte a la interpretación; o, al revés, si a uno le gustó la interpretación porque le sirve de pantalla para cosas más peligrosas, empiece a arrojar material empírico para corroborarla aparentemente. Freud lo estudió concretamente en «Construcciones en el análisis» (1937d), uno de sus últimos trabajos, donde insiste en que ni el sí ni el no del paciente sin más pueden tomarse como corroboración y refutación.

El hecho de que la interpretación tenga la característica de «hipótesis dicha» lleva a la situación que hemos llamado de hipótesis autopredictiva o suicida, y ello plantea problemas bastante atractivos para el epistemólogo y para el metodólogo. ¿Cómo proceder realmente? Creemos que se pueden hacer muchas cosas. Aquí no hay una insalvable dificultad, hay más bien un refinamiento. Primero está, como ya lo hemos dicho, el hecho de que hay oportunidades en que nuestras hipótesis interpretativas no forman parte de nuestras interpretaciones explícitas y las guardamos para nuestra intelección privada del paciente, y a las que podemos poner a prueba mediante los métodos habituales con que una hipótesis se puede contrastar; es parte de lo que pudiéramos llamar «el costado silencioso» de la labor del psicoanalista. Segundo, parece bastante probable para muchos psicoanalistas (pero para otros es totalmente falso y hay detrás de esto una gran complicación) que, en realidad, la parte de la conducta adaptativa a las interpretaciones sea bastante estrecha y se limite a la conducta verbal manifiesta y ostensible, a lo inmediatamente dado; que, en realidad, haya muchísimos canales de comunicación con respecto al paciente y una gran cantidad de elementos de carácter verbal, no verbal y conductístico que resultan indicadores suficientes para examinar lo que está realmente pasando con el analizado (Benito M. López, comunicación personal).

En este sentido parece que, en gran medida, el testeó de las interpretaciones está ahí de todas maneras, en el material empírico, clínico, que realmente se posee. Sin contar que, además, por otra parte, hay muchas veces cuestiones que hacen a datos históricos que pueden de alguna manera, indirectamente, ser accedidos o conocidos por el psicoanalista posteriormente y que constituyen también una suerte de indicadores.

Permítanme señalar, ya que este es un tema erizado de obstáculos metodológicos, que aun podría insinuarse que, si bien es cierto que la conducta posterior del paciente puede ser particular y adaptativa a la interpretación, el psicoanalista puede distinguir, según el cuadro clínico, la estructura interna y los problemas latentes del analizado, que el modo de adaptarse es distinto cuando la interpretación es correcta y cuando no lo es. Podría decirse que el modo de resistirse a una interpretación exacta no es el modo de resistirse frente a una interpretación que no lo es. De manera que, finalmente, habría lo que podríamos llamar un interesante problema de semiótica y de canales de comunicación, que mostraría que los modos de resistencia, las maniobras dirigidas en contra o a favor de la interpretación

por parte del paciente, y que dificultan la verificación, son, sin embargo, maniobras peculiares que, de alguna manera, se podrían transformar en indicadores de la exactitud o inexactitud en su lado informativo.

A esto último apunta lo que señala Wisdom, cuando propone evaluar la interpretación estableciendo el tipo de defensa que adopta el paciente. La defensa debe abordarse con la misma teoría con que se formuló la primera hipótesis interpretativa, de modo que el analista no podrá utilizar el material asociativo (y defensivo) para formular una interpretación ajena a la teoría que originó la primera.

6. Los aspectos semánticos e instrumentales de la interpretación

Dijimos al comienzo que la interpretación psicoanalítica debe contemplarse por lo menos desde una triple perspectiva. Hemos visto ya, y con cierto detenimiento, el aspecto gnoseológico de la interpretación y nos toca ahora ocuparnos de los dos restantes, el semántico y el instrumental.

El *aspecto semántico* tiene que ver con la función simbólica o de signo que está contenida en la actividad del paciente. Interpretar en el sentido semántico implica un ejercicio de significación, un acto de asignar significado.

Podría discutirse mucho en cuanto al significado de la interpretación. Digamos entre paréntesis que la semiótica contemporánea es una ciencia múltiple y con muchas escuelas, de manera que aquí tropezamos con una dificultad adicional por cuanto la idea misma de señal, significado, sentido o símbolo va variando de teoría en teoría.

De acuerdo con el punto de vista que ahora estamos considerando, resulta que el material manifiesto no sólo tiene relaciones «legales» con el material latente, sino, además, relaciones de significación. Estas no son exactamente lo mismo que las relaciones «legales», que en mis ejemplos parecen ser algo parecido a correlación, a causa y efecto.

Lo que en realidad se quiere enunciar cuando se afirma que el material manifiesto simboliza un material de otro orden, inconciente o latente, es que opera como indicador, que los elementos del lenguaje tienen sentido para referirse a los objetos.

¿Qué puede querer decir todo esto? Hay aquí una disparidad muy grande de situaciones a contemplar. Señalaré dos o tres casos para ver cuál es el problema. En algunas oportunidades la relación que tiene un signo con lo significado es lo que se llama una relación natural. Es, por ejemplo, el sentido en que se puede asertar que el trueno es signo de tormenta o que el humo señala que hay fuego. Cuando es eso lo que se quiere decir, la señal se transforma en un indicador de lo señalado, lo que no introduce demasiada novedad a nuestra discusión, porque son precisamente las relaciones a las que me referí cuando hablaba de condiciones necesarias y suficientes. Sería el sentido de afirmar, por ejemplo, que si la conducta impaciente de un analizado simboliza la avidez del bebé es

porque hay una condición necesaria y suficiente entre haber pasado por una emergencia de privación durante la fase oral y la presencia de este material en la transferencia.

Lo que introduce novedad aquí, una verdadera novedad, es que existen ciertas reglas implícitas que hacen que algo simbolice otra cosa, como lo hace un código. Por mucho que se escarbe, la palabra «papá» no tiene ningún elemento parecido con el padre como realidad objetiva, no se la puede conectar con lo que representa del modo en que se enlazan el humo y el fuego, no aparece un carácter «legal» de causa a efecto. Habrá, sin duda, razones históricas, filológicas que llevaron a que ciertas comunidades usen esa palabra y no otra, pero no es exactamente lo mismo. Ha habido una adopción, por así decir, de esa relación de simbolización.

¿Por qué se dan estas relaciones de simbolización? Las hay de muchas formas. Hay también códigos naturales en este sentido, o sea que el ser humano puede adoptar ciertos códigos porque tiene una propensión a hacerlo. Sería algo parecido a cómo ciertos animales tienden a huir de sombras que se mueven, porque su código genético los ha programado para eso. Es lo que se puede llamar «símbolos naturales». El psicoanálisis no ha encontrado muchos, pero hay observaciones muy interesantes que muestran que el ser humano toma ciertos símbolos como naturales, en relación con una determinada situación. No son lingüísticos. Se han realizado experiencias hipnóticas en distintas culturas y la reacción ha sido muy pareja acerca de lo que es un símbolo fálico, por ejemplo, sin que medie ninguna convención lingüística.

Otro tipo de relación de simbolizaciones es la que se llama «por isomorfismo», por la cual la estructura del signo corresponde a la forma de lo simbolizado. Esta es la razón por la cual los estructuralistas han creído encontrar una correspondencia muy fructífera entre la estructura de un cuento, un relato o un sueño y la de un mito o una creencia profunda.

Lo tercero es el caso de los códigos convencionales en los cuales el lenguaje es típico. Hay aquí una estructura simbolizando otra por medio de ciertas reglas de convención.

El problema que se le plantea al psicoanálisis es que, evidentemente, no es sólo el lenguaje el único operador con el cual el ser humano realiza convenciones según las cuales algo empieza a simbolizar otra cosa. Hay una cantidad continua de códigos aleatorios e impuestos a través de los cuales el hombre va trasformando objetos en símbolos convencionales de otras cosas. Lo que hay que captar son esas convenciones. Nuevamente, este es un terreno donde el psicoanalista se encuentra ante un problema epistemológico muy serio, porque tiene que hacer dos cosas: primero advertir el código *ad hoc* que en un momento determinado ha adoptado el paciente y luego reconocerlo en el devenir del proceso psicoanalítico. Todo esto constituye un campo epistemológico bastante complicado y sobre el cual hay mucho que decir.

Veamos por fin, brevemente, el *aspecto instrumental* de la interpretación psicoanalítica. Parece claro que una interpretación «hace» algo; in-

interpretar no es meramente opinar acerca de lo que está pasando en o con el paciente, no es meramente formarse un cuadro estructural acerca del paciente para guardárselo en silencio; uno lo dice, y al decirlo está evidentemente obrando, está efectuando un modo de acción, de operación. De manera que la idea de interpretación está aquí indisolublemente ligada al hecho de que se trata de un modo de acción, de una forma de instrumentar la relación con el paciente, y esto es cierto no solamente para el psicoterapeuta que interpreta buscando promover un cambio en el paciente sino también para el analista que no busca otra cosa que el insight, porque esta es, de todos modos, una forma de operar sobre el paciente aunque sea, de hecho, muy distinta a la anterior.

En este sentido surgen desde el punto de vista lógico todas las dificultades más o menos ordinarias y complicadas que encuentran los juristas, cuando tratan de definir, por ejemplo, qué es una acción, qué es una consecuencia de la acción, cuál es la responsabilidad de la acción, qué es un efecto inherente y un efecto secundario de la acción, qué culpa y responsabilidad hay, etcétera. Estos problemas son indudablemente muy interesantes, pero sólo nos vamos a referir a ellos de manera tangencial.

Así como el principal problema en el área gnoseológica de la interpretación es separar lo verdadero de lo falso, en el aspecto instrumental lo decisivo es definir lo bueno y lo malo. Con lo verdadero y lo falso nos referimos al conocimiento del paciente, con lo bueno y lo malo, en cambio, tenemos en cuenta la finalidad de la terapia. Esta finalidad supone otra referencia teórica, que complica bastante las cosas.

En el aspecto instrumental hay lo que podríamos llamar una especie de código normativo ético detrás del proceso terapéutico y esto es lo que aclara la cuestión. La interpretación tiene siempre motivos instrumentales, terapéuticos, y los aspectos valorativos subyacentes tienen que ver con la curación. Naturalmente, esto a su vez implica una definición valorativa de la curación y de lo que se considera normal y patológico. Lo mismo que en el caso del aspecto informativo, en este aspecto de la cuestión, de todas maneras, vamos a estar insertos en una teoría, una teoría axiológica que requiere toda una serie de entendimientos iniciales. Así como tenemos que entendernos acerca de si es cierto o no que el paciente está sentado, que dijo tal cosa o no dijo tal cosa, que tiene o no tiene tal síntoma, se supone que también habrá que poseer un entendimiento previo sobre si tal cosa es deseable o no deseable. Esto, sin embargo, no impide la actitud neutral del psicoanálisis y del psicoanalista en su aspecto cognoscitivo. Aunque podamos estar en desacuerdo sobre los valores últimos que hay que conseguir mediante la terapia analítica, de todas maneras, independientemente de esto, hay una cosa que es lógica y objetiva, y es que si aceptamos el valor V1 y queremos alcanzar resultados que correspondan a nuestro valor V1, tenemos que hacer uso de ciertas leyes de causa y efecto, leyes del psicoanálisis que dicen que, para producir V1 hay que producir la causa *a*. Si cambiamos de opinión y más que producir V1 queremos producir el valor V2, entonces acudiremos a otra ley que dice que para obtener V2 primero hay que haber producido la causa *b*, de

la cual V2 será efecto. Hay pues, en conclusión, un aspecto del psicoanálisis independiente de la cuestión valorativa, el de las relaciones de causalidad o las relaciones semióticas que hay entre las variables que constituyen el motivo de la investigación psicoanalítica.

Sea cual fuere el sistema de valores que tengamos, las leyes causales están dadas con cierta independencia objetiva. Podemos discutir como juristas si está bien o no matar a alguien de un balazo; pero hay una cosa neutral que está más allá de las distintas posiciones éticas y es que el tiro fue causa de la muerte.

Al considerar el lado instrumental de la interpretación necesitamos separar dos cosas: primero, lo que podríamos llamar el *background* valorativo, que está implícito en la enseñanza de la interpretación y de sus valores instrumentales; y, segundo, una serie de problemas causales y no valorativos, que son propiedad «objetiva» de todos al mismo tiempo. Este es el sentido en que el aspecto no valorativo de las ciencias configura el patrimonio común de todos los puntos de vista, aunque sean valorativamente diferentes. Las leyes de la causalidad están al servicio de todos; cuáles de las relaciones causales vamos a usar y con qué propósitos, eso depende de posiciones ideológicas y de otros factores. Indudablemente, para que podamos aplicar valorativamente una interpretación necesitamos conocer las relaciones causales entre la interpretación y la conducta.

De acuerdo con la teoría de la acción, entonces, la terapia toma la interpretación como un instrumento, no para conocer al paciente sino como agente de cambio.

Hay aquí una serie de cosas interesantes, que Freud discutió en 1937 en «Análisis terminable e interminable» y en «Construcciones». Lo que él encuentra primero es el modo en que un paciente responde a la interpretación, que no tiene aleatoriedad completa respecto de lo que se dice; y, además, algo que a nuestro entender es un asunto muy curioso, y es que hay alguna conexión entre el efecto instrumental de la interpretación y sus excelencias gnoseológicas. Freud afirma que la interpretación equivocada causa un efecto de poca monta frente al tipo de cambio o reacción conductual que produce la interpretación acertada. La reacción del paciente ante la interpretación o construcción verdadera es mucho más notable y apropiada. Es un descubrimiento notable y no forzoso, porque la eficacia instrumental del acto de interpretar no tiene por qué venir ligada a su verdad. En periodismo y en *marketing* para el caso de distribución de un producto se sabe que el buen éxito de una información o una campaña publicitaria no está ligado a que sea verdadera, desgraciada situación que todos conocemos y que constituye la base de la teoría de la ideología.

El pensamiento de Freud en este punto afirma, entonces, que la ideología del paciente (uso la palabra «ideología» en un sentido muy metafórico y general, como todo lo que el paciente cree y le pasa, así como sus defensas y su sugestionabilidad, etc.) no puede ser suficiente como para evitar que los efectos de la verdad se pongan en evidencia. Los epistemólogos no han señalado todavía la importancia que esto tiene.

Creemos que lo dicho basta para mostrar las tres zonas en que se mueve la epistemología del psicoanálisis: el problema de la teoría (explicación y lectura), el problema de la acción racional (con la teoría que la respalda) y el inmenso problema de cómo advertirnos la cualidad simbólica (convencional o natural) que lleva del material manifiesto al latente. Estos son los tres problemas, típicos pero de distinto orden, con lo que se enfrenta el epistemólogo frente a esta espinosa cuestión.

Hemos tratado de mostrar que el instrumento interpretativo en psicoanálisis no es como la aguja de un manómetro que se mueve y toma distintas posiciones. La interpretación no es una señal simple y automática; requiere, por el contrario, como todo lo que es hipótesis y teoría, creatividad e ingenio. Por esto, la libertad de pensamiento favorece la aptitud para interpretar. Un individuo propenso a reacciones estereotipadas no va a hacer, en general, buenas interpretaciones. Es que el ejercicio de interpretar es muy peculiar, es un acto de creación espiritual (desde el ángulo lógico) y esto explica que la personalidad del psicoanalista se vaya enriqueciendo por el hecho de ejercer la interpretación; pero esta es ya una hipótesis que habría que contrastar.

7. Reflexiones finales

Como teoría del aparato psíquico, el psicoanálisis se ubica frente a otras teorías psiquiátricas o psicológicas y, por lo demás, parece difícil pensarlo como *una* teoría, ya que hay temas muy diferentes estudiados dentro del psicoanálisis. No es lo mismo la teoría del instinto que la teoría de los mecanismos de defensa, la teoría económica, la teoría estructural u otros puntos que podríamos recordar. Tomando el psicoanálisis en bloque, evidentemente Lacan, Melanie Klein y Hartmann son bastante diferentes. Cada una de estas posiciones tiene, en cierto modo, un cuadro teórico distinto, no sólo en bloque, sino también en cuanto a los detalles del funcionamiento del aparato psíquico. Quien está produciendo hipótesis interpretativas y las está contrastando, lo hace en un marco teórico global; no hay lo que pudiéramos llamar una interpretación aislada. Para hacer interpretaciones no solamente es necesario contar con un arsenal bastante grande de reglas de correspondencia del tipo de las que ya hemos señalado sino que es también necesario estar insertado en una concepción teórica del funcionamiento del aparato psíquico. Si no nos ponemos de acuerdo acerca de cuál es la posición en que estamos colocados la discusión se hará difícil y hasta imposible; no tiene sentido hablar del testeo de las interpretaciones en el vacío.

Aprovechamos la oportunidad para decir que, cuando se examina la interpretación, en cierto sentido se testea todo el marco teórico en el que uno se ha colocado. Si bien esto es absolutamente cierto, es oportuno recordar aquí que el psicoanalista (y en general el científico) no va a cuestionar su teoría a poco que el resultado del experimento fracase. Hay to-

da clase de razones sociológicas y metodológicas para saber que de ninguna manera lo primero que hace el científico ante un aparente contraste es echar por la borda sus grandes hipótesis. Dirá que la interpretación es mala —y más lo dirá si está juzgando la interpretación de otro, la interpretación del colega!—. Sin embargo, si llega a suceder que empiezan a ocurrir inconvenientes con las respuestas a las interpretaciones, si sintiéndose uno bien preparado y experto empieza a fallar sistemáticamente, en un momento dado uno se pregunta de dónde viene éste tipo de dificultad y si no será que el marco teórico en el que está colocado es lo que está estorbando la eficacia de las interpretaciones. Ese es el momento en que el analista puede pensar que lo que ocurre en su práctica de alguna manera le está mostrando que es hora de cambiar algo dentro del corazón teórico mismo.

Esto que estamos diciendo se puede ver en la historia del pensamiento de Freud. A Freud en cierto momento le empiezan a fallar algunas cosas en su relación con los pacientes (la hipnosis catártica, por ejemplo) y, sin embargo, no es llevado a pensar de sí mismo que es un chambón, y que aplicó mal el método (catártico). Curiosamente nunca perdió la fe en sus aptitudes como científico; más bien perdió la fe en algunas de sus hipótesis científicas pese a que en el fondo se podían readaptar. El ejemplo más típico al respecto —y el más heroico— es cuando hacia 1896 abandona la teoría de la seducción, para construir luego la teoría de la libido.

Todas las ciencias tienen algo en común y algo diferente. Tienen en común lo que podríamos llamar «las grandes estrategias de su problemática». Cuando hablamos de ciencias en las que hay un aspecto fáctico que de alguna manera se relaciona por medio de las leyes lógicas con la teoría, las relaciones entre un aspecto y el otro se asientan en las propiedades generales de la corroboración y la refutación. Pero diríamos también que, de ciencia en ciencia, cambia el tipo de material que se está estudiando; y esto significa, primero, un cambio de naturaleza y, segundo, un cambio en las leyes empíricas. La estrategia no cambia, pero sí la táctica y en particular la metodología que hay que emplear. Evidentemente, no es igual el estudio de sistemas aislados o de cuerpos semiaislados, por ejemplo, que el de un organismo vivo con partes interrelacionadas. No puede ser lo mismo, el tipo de idea que hay que emplear cambia. Incluso si no atendiéramos al ser humano y tuviéramos que comparar la mecánica de las bolas de billar y el funcionamiento de una computadora veríamos que hay algo cualitativamente diferente. Esto no hace que el problema lógico de cómo se valida un modelo sea muy distinto en un caso o en otro; pero la técnica con que uno toma el material y produce hipótesis va cambiando. En tal sentido, los problemas generales que hacen a la teoría psicoanalítica, a la construcción de sus conceptos, a la delimitación de su empiria, a la formulación de partes de la teoría, etcétera, no es muy distinto de lo que ocurre en la epistemología de muchas otras disciplinas. En cuanto a las peculiaridades del material mismo que está en danza, el psicoanálisis tiene más afinidad con lo que se puede encontrar en sociología, por ejemplo, que en química o física.

Sin embargo, a pesar de que la diferencia existe, a nuestro entender, y que cambian completamente la táctica, el *modus operandi* y la instrumentación de la teoría, nos atreveríamos a afirmar que, en el fondo, tal diferencia no es tanta como parece. Porque, al final de cuentas, ¿cómo podrá avanzar el científico sino haciendo modelos de lo que pasa? Puesto que la empiria viene muy complicada y con una gran cantidad de factores, algunos de los cuales son ocultos, si uno no produce modelos, la empiria misma o lo que es ostensible no basta. Entre paréntesis, la mejor defensa de lo que decimos es el psicoanálisis, en cuanto teoría cuyo mérito consiste en hacer hincapié sobre la mayor gravitación que tienen en sus aplicaciones el material inconciente o latente que el material manifiesto. Si es así, si de la producción de modelos se trata, no hay que escandalizarse entonces de que haya muchos procedimientos para acceder a los modelos; será cuestión de modalidad de carácter, habrá gente que tendrá un temperamento más a lo anglosajón para producir modelos con variables separadas y tratar de alguna manera de discriminar las variables y estudiar correlaciones y conflictos entre las variables; otros tendrán tendencia hacia los modelos biológicos; otros hacia el modelo cibernético y —por qué no— a lo que podríamos llamar la producción de modelos *sui generis* para el psicoanálisis. Porque, al final de cuentas, si el psicoanálisis se desarrolla como ciencia madura, terminará por encontrar que los modelos que le llevan al éxito son los que le son propios y no los que salieron por analogía a los de las otras disciplinas; y entonces, así como la biología tiene sus modelos homeostáticos y la sociología sus modelos estructurales, el psicoanálisis tendrá sus *modelos psicoanalíticos*. En tal sentido, diremos que, en última instancia y lo mismo que en las otras ciencias, la peculiaridad del material psicoanalítico no cambia la estructura lógica profunda del problema de la validación de las teorías; pero sí cambia el tipo de imaginación, el acto creativo del investigador para proponer sus hipótesis, para formar sus teoremas, sus teorías. Aquí es donde nos encontramos con algo *sui generis* del psicoanálisis, y quien no haya trabajado en psicoanálisis y no comprenda bien su metodología no se dará cuenta de cómo se producen sus modelos ni se hará cargo de las dificultades inherentes al problema con que el psicoanálisis trata.

Digamos, pues, en conclusión, que el psicoanálisis se debe integrar a las otras disciplinas científicas subordinándose a las exigencias generales del método, sin por ello abdicar de lo propio que hace a su particular idiosincrasia.

Luego de dejar planteado este gran problema, que surge continuamente cuando se discute la epistemología del psicoanálisis, quisiera ocuparme brevemente de otro, poco o nada considerado y en cierto modo asimétrico al anterior. Pocas veces, por cierto, alguien se hace la pregunta opuesta, si el psicoanálisis ha hecho algún aporte a la comprensión de la epistemología general. Porque, indudablemente la física y la matemática han hecho contribuciones a la epistemología que permitieron entender bastante la estructura lógica de las teorías. ¿Habrá algo en el mundo psicoanalítico de pensar que influya en la propia visión que el epis-

temólogo tiene de la marcha de la ciencia? Sin ser un experto en Bion o Money-Kyrie, creo que estos autores, por ejemplo, han intentado de alguna manera, sistemáticamente, avanzar algo por este camino; y me parece que, precisamente, la peculiaridad de sus problemas y el modelo particular del psicoanálisis, de su pensar, pueda causar un efecto indirecto y revolucionario en el estudio de cómo se formaron los modelos científicos en física, en química y en las otras teorías, dando las razones profundas. Porque, claro, se encuentran libros en que hay una descripción precisa de cómo se formaron los paradigmas y las teorías científicas y cómo dejaron de ser; pero da la impresión que los psicoanalistas tendrán que decir algo acerca de cómo las motivaciones inconcientes influyen de alguna manera en que aparezcan ciertos modelos y no otros en la formación de las teorías científicas. En este sentido, el psicoanálisis puede aportar algo de mucho valor, y muy suyo, para la comprensión del desarrollo de las demás disciplinas.

Cuarta parte. De la naturaleza del proceso analítico

36. La situación analítica

Nos toca ahora internarnos en un tema complejo y atrayente, *el proceso psicoanalítico*. Es algo que despierta el entusiasmo y hasta el apasionamiento de los analistas, y así debe ser. Si el estudio de la técnica tiene una finalidad fundamental, no puede ser otra que la de contribuir a que cada uno adquiera su estilo y su ser analítico, su identidad, que depende de la congruencia entre lo que se piensa y lo que se hace, congruencia que deriva en buena parte de cómo se entienda el proceso psicoanalítico. Siempre será preferible un analista que piensa en forma coherente con lo que hace aunque su esquema referencial no sea de mi agrado que otro que piensa como yo y no como piensa él mismo.

Al hablar de proceso analítico lo hago en términos amplios e intencionalmente poco precisos para abarcar en su totalidad los hechos que vamos a estudiar. Empero, si queremos ser rigurosos, lo primero que deberemos hacer es discriminar entre el proceso y la *situación analítica*.

1. Intento de definición

El analista práctico utiliza estos dos términos, situación y proceso, con suficiente precisión y rara vez va a cometer errores al emplearlos, ya que están sancionados por nuestro lenguaje ordinario. Diremos, por ejemplo, que la situación analítica se ha estabilizado o complicado y que el proceso marcha o se ha detenido; nunca al revés. Sin embargo, cuando tratamos de conceptualizar lo que nos es de tan fácil discriminación, nos vemos en figurillas.

Según el *Diccionario de la Real Academia*, «situación» quiere decir acción y efecto de situar y «situar», del latín *situs*, es poner a una persona o cosa en determinado sitio o lugar. De esta forma podríamos decir, en principio, que cuando hablamos de situación analítica con los términos del lenguaje ordinario lo que queremos decir es que el tratamiento analítico tiene un sitio, un lugar. Podemos decir en términos muy generales, entonces, que el análisis (o la cura) tiene «lugar» en la situación analítica.

Hasta aquí creo que todos los analistas podríamos estar de acuerdo, porque he tratado de definir la situación analítica en términos muy sencillos, casi tautológicos, analíticos en sentido kantiano. Las dificultades aparecen cuando queremos llenar de contenidos concretos este primer intento de definición.

La situación analítica se ha definido como una particular relación entre dos personas que se atienen a ciertas reglas de comportamiento para realizar una tarea determinada que destaca dos papeles bien definidos, de analizado y analista. La tarea que estas dos personas se proponen consiste en la exploración del inconciente de una de ellas con la participación técnica del otro. Gitelson propuso la siguiente definición en su trabajo de 1952: «La situación analítica puede ser descrita como la configuración total de las relaciones interpersonales y de los eventos interpersonales que se desarrollan entre el psicoanalista y su paciente».¹ Muy parecida es la definición de Lagache, que usa la palabra «ambiente» por situación: «El ambiente analítico es el conjunto y la secuencia de las condiciones materiales y psicológicas en las cuales se desarrollan las sesiones de psicoanálisis» (Lagache, 1951, pág. 130).

Al definir la situación analítica como el conjunto de transacciones que sobrevienen entre analizado y analista en función de la tarea que los reúne estamos implicando que hay reglas que deben ordenar esa relación. Debe establecerse, entonces, de qué reglas se trata. Son normas que se han ido estipulando empíricamente en función del mejor desarrollo en la tarea analítica, y siguen siendo, sin ninguna modificación sustancial, las que Freud propuso en sus artículos de técnica en los años diez, sobre todo en sus «Consejos al médico» de 1912 y 1913. Aquellas propuestas no han sufrido básicamente ninguna modificación, y es importante saber que las admiten y respetan aun las escuelas más dispares. Podrá haber algunas excepciones; pero en general todo el mundo las acata.²

2. Situación y campo

En cuanto empezamos a definir la situación analítica como una relación entre dos personas que se reúnen para llevar a cabo una determinada tarea, nos deslizamos insensiblemente de la situación al proceso. No podría ser de otra forma, porque toda tarea implica un desarrollo, una evolución en el tiempo, mientras que la situación, si vamos a respetar lo que nos dice la palabra, es algo que está en su sitio y no se mueve.

La diferencia entre situación y proceso reside fundamentalmente, pues, en que la primera tiene una referencia espacial y el segundo incluye necesariamente el tiempo.

Ahora bien, si dejamos de lado el tiempo y definimos la situación analítica (como ya lo hemos hecho) como el conjunto de transacciones entre analizado y analista en función de los roles que cada uno cumple y de la tarea que los reúne, decimos que la situación analítica es un *campo*.

¹ «The analytic situation may be described as the total configuration of interpersonal relationships and interpersonal events which develop between the psychoanalyst and his patient» (1952, pág. 1).

² Sobre la sesión de tiempo libre o abierto de Lacan hablaremos en el capítulo siguiente.

Entendemos aquí por campo la zona de interacción entre el organismo y su medio, ya que estos dos factores no pueden separarse: las cualidades del organismo derivan siempre de su relación con el conjunto de las condiciones en que se encuentra. Como dice Lagache, «no hay organismo que no esté colocado dentro de una situación, ni situación sin organismo». ³ Así como el campo psicológico se define por la interacción del organismo y su ambiente, del mismo modo, «el campo analítico resulta de la interacción del paciente y el ambiente, que incluye la persona y el rol del analista». ⁴

3. La situación analítica como campo dinámico

Siguiendo las huellas de Pichon Riviére, en la mayoría de las publicaciones de los autores rioplatenses la situación analítica se entiende como un campo que es a la vez de observación y de interacción.

Uno de los primeros trabajos sobre el tema, y tal vez el más completo, es el de Willy y Madeleine Baranger titulado como este párrafo. ⁵

El punto de partida de los Baranger es que la situación analítica no puede ya entenderse como la observación objetiva de un analizado en regresión por un analista-ojo (1969, pág. 129). Semejante descripción peca de unilateral dado que, más allá de su no discutida neutralidad, el analista interviene de hecho y de derecho en la situación que él mismo contribuyó a crear.

Los dos miembros de la pareja analítica están ligados complementariamente y ninguno de los dos puede ser entendido sin el otro. Sobre esta base los autores se proponen aplicar el concepto de campo de la psicología de la *Gestalt* y de Merleau-Ponty a la situación analítica. «La situación analítica tiene su estructura espacial y temporal, está orientada por líneas de fuerza y dinámicas determinadas, tiene sus leyes evolutivas propias, su finalidad general y sus finalidades momentáneas» (*ibid.*, pág. 130). La observación del analista, en cuanto abarca al paciente y a sí mismo, «no puede sino definirse como observación de este campo» (*ibid.*).

La idea básica de los Baranger es, pues, que la situación analítica constituye un campo que debe ser explicado por las líneas de fuerza surgidas en una especial y novedosa configuración entre sus dos protagonistas, cada uno en su papel y con sus objetivos. Lo que distingue al campo psicoanalítico, dicen los Baranger, es que se configura como una *fantasía inconciente*. Entre las dos teorías, el campo y la fantasía inconciente, quedan conectadas cuando se afirma que la fantasía inconciente que aparece en el campo es siempre una fantasía en la cual participan sus dos integrantes.

³ La cita es de los *Elements de psychologie médicale* de Lagache (1955), y yo la tomo de *ibid.* (1968, pág. 28).

⁴ *ibid.*

⁵ Apareció en la *Revista Uruguaya*, de 1961-62, y se incluyó como capítulo 7 del libro *Problemas del campo psicoanalítico* (1969).

Todos los que aceptan la teoría de la contratrasferencia que se expuso en el capítulo 21 y siguientes aceptarán en principio la propuesta de los Baranger en cuanto sostiene que el analista participa en la situación analítica, aunque se puede discutir el grado de esa participación. Para los Baranger esta participación es de gran magnitud, pues afirman que la fantasía no sólo *aparece* en el campo sino que *es* una fantasía de campo en la cual ambos protagonistas están igualmente involucrados. Desde luego es aquí donde la discusión puede hacerse más viva: ¿en qué medida está involucrado el analista?

La diferencia entre esta posición y la de Leo Rangell entre los psicólogos del yo es muy grande. En los congresos latinoamericanos de 1964 y 1966 Rangell (1966, 1968a) sostuvo que el proceso psicoanalítico se da en el paciente; en cambio, para los Baranger y los latinoamericanos se da entre el paciente y el analista.⁶ Otros psicólogos del yo, como Weinshel (1983) y Loewald (1970), por ejemplo, conciben la situación analítica como una interacción entre analista y analizado. Loewald dice que en psicoanálisis no cabe mantener la idea de un observador extraño al objeto de estudio; y agrega a continuación: «Nosotros nos convertimos en parte y en participantes del campo y en el campo en cuanto estamos presentes en nuestro papel de analistas» (1970, pág. 278).

Los analistas latinoamericanos sostienen que el proceso se da entre analista y analizado. Los Baranger quieren subrayar este punto cuando dicen que el campo psicoanalítico es dinámico; pero ellos lo conciben como una fantasía compartida: afirman que cuando la fantasía que tiene el analista con respecto a la situación analítica coincide con la del analizado se ha configurado una fantasía de pareja.

El tratamiento psicoanalítico es una estructura, porque sus elementos tienen que ver los unos con los otros y cada uno define a los demás. Por esto los Baranger afirman que la reacción del analizado sólo puede entenderse teniendo en cuenta que se da en función del analista, que en esa estructura hay un compromiso de ambas partes, de donde surge una fantasía que les es común.

El concepto de fantasía compartida se puede entender de varias formas. La coincidencia puede reducirse a que analista y analizado piensen lo mismo; si no piensan lo mismo, mal puede haber un proceso de comunicación. A mí me parece que los Baranger quieren decir algo más, que en analista y analizado surja en un momento dado una misma configuración, que se cree entre los dos una sola y misma fantasía. Refiriéndonos al ejemplo del estornudo, el analista estornuda y entonces interpreta al paciente que siente frío y que está abandonado. El paciente acepta esta interpretación, siente que es así y al analista se le pasan las ganas de estornudar. En ese momento de la sesión analista y analizado sintieron lo mismo. Sólo es fecundo el trabajo analítico cuando se da este fenómeno de resonancia en que yo siento lo que siente mi paciente, y a través de esta

⁶ En el Congreso de Madrid (1983), sin embargo, oí decir a Rangell que el proceso se da entre analista y analizado.

fantasía compartida va a surgir el insight. Hasta que no se logre esta fantasía compartida, el analista no hará más que teorizar acerca del paciente. Lo compartido en este ejemplo ha sido una situación traumática de frialdad afectiva. Esta fantasía es un efecto del campo y aquí «campo» no es simplemente el lugar donde tiene lugar la situación analítica sino el lugar de la interacción.

El campo psicoanalítico tiene una estructura espacial y temporal, que demarcan el consultorio del analista y el acuerdo previo sobre la duración y el ritmo de las sesiones. En ese marco se da la configuración funcional del analizado y el analista, que asume siempre una ambigüedad irreductible. Lo esencial del procedimiento analítico, dicen los Baranger, es que todo acontecimiento que se da en el campo es al mismo tiempo otra cosa (1969, pág. 133).

«Lo que estructura el campo bipersonal de la situación analítica es esencialmente una fantasía inconciente. Pero sería equivocado entenderlo como una fantasía inconciente del analizado solo» (*ibid.*, pág. 140). El analista, afirman, no puede ser espejo porque un espejo no interpreta. Por tanto no podemos concebir la fantasía básica de la sesión sino como una fantasía de pareja, análoga a la que se da en la psicoterapia analítica de grupo (*ibid.*). Por esto «no es lo mismo descubrir la fantasía inconciente subyacente a un sueño, o a un síntoma, que entender la fantasía inconciente de una sesión psicoanalítica» (*ibid.*, pág. 141). En resumen, la fantasía de campo se crea *entre* los dos miembros de la pareja analítica, «algo radicalmente distinto de lo que son separadamente cada uno de ellos» (*ibid.*). Esta fantasía inconciente bipersonal, objeto de la interpretación del analista, «es una estructura constituida por el interjuego de los procesos de identificación proyectiva e introyectiva y de las contraidentificaciones que actúan con sus límites, funciones y características distintas dentro del analizado y del analista» (*ibid.*, pág. 145).

En resumen, al aplicar la teoría del campo a la situación analítica los Baranger unen las teorías de la *Gestalt* y las ideas de Merleau-Ponty en una explicación que se apoya en el concepto de fantasía inconciente de Susan Isaacs, las dos modalidades de identificación (introyectiva y proyectiva) de Klein y la teoría de la contraidentificación proyectiva de Grinberg.

Digamos para terminar que, siguiendo también en este punto a Pichon, los Baranger explican los cambios en el campo psicoanalítico como la dialéctica entre estereotipia y movilidad del campo.⁷

4. Sobre el concepto de campo

El mérito de los Baranger es haber entendido la situación analítica como un campo, un campo de interacción y de observación, un campo en que no está solamente el analizado sino también el analista, un campo en

⁷ Volveremos sobre la fantasía de pareja al hablar de insight.

que el analizado no está solo ya que lo acompaña el analista como observador participante, según decía Pichon siguiendo a Sullivan.

Aceptar esta idea no obliga sin embargo a acompañar a los Baranger en sus afirmaciones sobre la forma en que el analista participa ni a refrendar su posición sobre la fantasía de pareja.

Otros autores piensan que la situación analítica configura efectivamente un campo de interacción y observación, pero sostienen que lo distintivo del campo psicoanalítico es que los datos de observación provienen del paciente, mientras que el analista —que observa y participa— se abstiene rigurosamente de aportarlos. El objetivo de la situación analítica es crear un campo de observación donde los datos son proporcionados exclusivamente por el analizado (Zac, 1968, pág. 28).

La diferencia con los Baranger es visible, porque estos no tienen suficientemente en cuenta el grado de participación de los dos miembros. Para ellos, la fantasía de pareja es igual en el análisis que en la psicoterapia de grupo, aunque aquí la participación de los miembros es simétrica.

Lo mismo que Zac piensa Bleger cuando habla de la entrevista (véase el capítulo 4) y dice que «la primera regla fundamental a este respecto es tratar de obtener que el campo se configure especialmente y en su mayor grado por las variables que dependen del entrevistado» (Bleger, 1971, pág. 14). Sin dejar de reconocer que «todo emergente es siempre relacional o, dicho de otra forma, deriva de un campo, tratamos en la entrevista de que dicho campo esté determinado predominantemente por las modalidades de la personalidad del entrevistado» (*ibid.*, pág. 15).

A diferencia de lo que dicen Bleger y Zac, los Baranger no creen que el analista pueda mantenerse en ese plano.

En un trabajo reciente escrito en colaboración con Jorge Mom para el Congreso de Madrid, los Baranger vuelven a reflexionar sobre el campo y los otros temas recién expuestos modificando algunos de los puntos que acabo de señalar como discutibles. La situación analítica no se define ya como en el trabajo antes citado ni como en el de México de 1964 sobre el insight. En el relato de México los Baranger llegan a decir que «la situación analítica es simbiótica por esencia, primero porque reproduce situaciones regresivas de dependencia simbiótica del niño con sus padres, y, segundo, por estar dirigida hacia la producción de identificaciones proyectivas» (1969, pág. 172). Volveremos sobre el tema más adelante.

En el reciente trabajo, en cambio, se dice que «una definición semejante sólo podría aplicarse, y ni siquiera con mucha exactitud, a estados extremadamente patológicos del campo: un campo caracterizado por una simbiosis insuperable entre ambos participantes, o bien por la parasitación aniquilante del analista por el analizado (M. Baranger *et al.*, 1982, pág. 531). Vale la pena señalar, también, que estos autores no se refieren a sus propios puntos de vista según aparecen en los trabajos que estamos considerando sino más bien a Melanie Klein, quien nunca concibió la situación analítica como simbiótica. El concepto de simbiosis pertenece a Mahler y Bleger, pero no a Klein.

5. Situación analítica y alianza terapéutica

Entre los años 1950 y 1970 Elizabeth R. Zetzel desarrolló una obra importante, de la que nos ocupamos al estudiar la alianza terapéutica. Al contemplar la situación analítica desde esa perspectiva, dirá esta autora que lo sustancial de la situación analítica es precisamente la alianza terapéutica: la situación analítica es lo estable, lo real, lo que hace a la tarea; y lo que sobre esta base estable aparece en el campo de trabajo es lo que se llama neurosis de transferencia. El concepto de situación analítica queda, pues, fuertemente ligado al de alianza terapéutica; ambos llegan a ser la misma cosa.

Al definir la alianza terapéutica como el núcleo de la situación analítica contraponiéndola al proceso analítico con epicentro en la neurosis de transferencia, Zetzel (1966)⁸ tiene en cuenta la diferencia que hace David Rapaport en *The structure of psychoanalytic theory* (1959) y en otros trabajos, cuando contrapone el ello y el yo como dos sistemas antagónicos en punto a la movilidad de la energía. Lo que caracteriza al ello es la energía móvil, lábil y cambiante, mientras que en el yo los cambios energéticos son sumamente lentos. No puede esto, por cierto, llamarnos la atención, porque, al fin y al cabo, desde este punto de vista, la función primordial del yo es justamente controlar la energía —ligarla, para decirlo en términos más técnicos—. Lo que en el ello como sistema se manifiesta como cargas libres, se transforma en el sistema yoico en cargas ligadas a partir de las contracargas, de las contracatexias. Es justamente sobre la base de estos postulados que Rapaport insiste en que la introducción de la psicología del yo implica un cambio cualitativo en la teoría psicoanalítica, que abandona por fin eso que a veces se le ha criticado sobre todo al psicoanálisis de los primeros tiempos, ocuparse fundamentalmente del impulso, lo que ha dado en llamarse la teoría de la caldera en ebullición. En realidad, como dice Rapaport, la teoría de la caldera en ebullición es un modelo aplicable al ello, no al aparato en conjunto, en cuanto el yo es todo lo contrario a una caldera en ebullición.

Utilizando este modelo, entonces, Zetzel dice que la situación analítica tiene su base en la alianza terapéutica, donde existen cambios pero son muy lentos; el proceso analítico, por su parte, mucho más rápido y móvil, corresponde a la modalidad energética del inconsciente, del ello, que se plasma en la neurosis de transferencia. Se puede decir, también, que, desde el punto de vista de esta autora, el tratamiento analítico consiste en que, gradualmente, a medida que son analizadas, ciertas áreas que originariamente pertenecían a la neurosis de transferencia se integran a la estructura yoica pasando a pertenecer a la alianza terapéutica. En este cambio, en realidad, estriba la esencia de la terapia analítica, lo que significa tanto como decir que, en la medida en que se analiza determinando conflicto en la neurosis de transferencia y se lo puede hacer conciente,

⁸ «El proceso analítico», presentado al II Congreso Panamericano de Psicoanálisis, realizado en Buenos Aires.

pasa a ser patrimonio del yo, una nueva faceta del yo que establece una relación real con el analista, dado que si en alguna forma se puede definir la alianza terapéutica es como un tipo real de relación con el analista. Lo que estaba subsumido en la vivacidad de la neurosis de transferencia pasa a ser un aspecto estable de la relación entre el analista y el analizado, que ahora pertenece a la alianza de trabajo.

De esta forma queda convincentemente definida la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis como trasposición de un sector al otro, que aumenta la integración del yo y cambia los procesos energéticos.

Pondré un sencillo ejemplo para que se comprenda este punto de vista. Si la neurosis de transferencia de un analizado consiste en sentir una gran curiosidad sexual por el trabajo de su analista y este puede analizar con buen éxito el conflicto, se habrá logrado que una tendencia escotofílica se transforme en capacidad de observación. Entonces los impulsos escotofílicos van a quedar al servicio de la adaptación, configurando una capacidad de observación realista, instrumental. El impulso voyeurista se ha transformado, pasando de la neurosis de transferencia a la alianza terapéutica. Digamos de paso que esto se logra siempre a través de una identificación del yo del paciente con el yo del analista, como señaló Sterba (1934), porque la solución del conflicto escotofílico se alcanza en el momento en que el paciente se da cuenta de que el analista lo observa sin derivar de ese hecho una satisfacción libidinosa directa. Cuando sobrevienen todos estos cambios, lo que antes pertenecía a la neurosis de transferencia pasa a la alianza de trabajo; y, a partir de ese momento, el analizado va a tener una mayor posibilidad de observar sus procesos inconscientes, va a haber acrecentado su yo observador y su alianza de trabajo con el analista.

La dialéctica que postulan Zetzel y en general los psicólogos del yo entre neurosis de transferencia y alianza terapéutica es clara y muy congruente con las líneas básicas de esa doctrina. Más discutible me parece, en cambio, la propuesta de identificar la neurosis de transferencia con el proceso psicoanalítico y la alianza terapéutica con la situación analítica. Si aceptamos que son homólogos, entonces ya no hay más que dos conceptos aunque empleemos cuatro palabras. Tal como se las ha definido reiteradamente, la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia son una relación de objeto y no pueden ser lo mismo que el sitio que las contiene.

Cuando definimos hace un momento la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis según la psicología del yo dijimos que consiste en que la neurosis de transferencia se vaya resolviendo y se transforme en alianza terapéutica. Las cosas, sin embargo, no resultan simples.

Tal como lo entienden los psicólogos del yo, la función esencial de la alianza terapéutica es permitir el proceso regresivo que instituye la neurosis de transferencia, de modo que lo que yo dije hace un momento es sólo parcialmente cierto. El proceso curativo consiste en que la neurosis de transferencia se transforme en alianza terapéutica, y esto sigue siendo válido; pero la inversa no lo es del todo, porque también es necesario que determinados elementos estables, las defensas automáticas del yo, entren a

participar de la neurosis de transferencia. Esta regresión es, pues, un efecto deseado del proceso terapéutico. En este punto se aprecia claramente que no se puede homologar la situación analítica con la alianza de trabajo y el proceso analítico con la neurosis de transferencia, ya que una tesis básica de la *ego-psychology* es que la neurosis de transferencia se forma por vía regresiva y entonces habría que decir que la situación se convierte en proceso, lo que es inconsistente con las ideas de Zetzel. Creo que esta dificultad no la salva Zetzel porque no distingue situación analítica y encuadre. Lo que dice la analista de Boston sobre la situación analítica, a mi juicio se refiere al encuadre, a la fijeza y estabilidad del encuadre, como veremos en el próximo capítulo.

6. El narcisismo primario de la situación analítica

En un informe presentado el 10 de noviembre de 1956 al Congreso de Psicoanalistas de las Lenguas Romanas⁹ Béla Grunberger ofrece una visión original de la forma en que se constituye la situación analítica y se desarrolla el proceso. Su punto de partida es que la situación analítica debe separarse de la transferencia que recorre el proceso analítico en toda su extensión. Deslinda, siguiendo a Baudouin (1950), la *transferencia analítica* («le transfer d'analyse») del *rapport analítico* («rapport d'analyse»). La fórmula que propone Grunberger, una vez que ha definido estos dos conceptos, es analizar la transferencia, esto es la resistencia, y dejar que el *rapport* opere por su cuenta.¹⁰ Esta diferencia supone, entonces, dos áreas teóricas y simultáneamente dos actitudes técnicas, ya que la transferencia queda definida como una relación de objeto, mientras que el *rapport* se ubica en el campo del narcisismo.

De esta forma, el papel del analista como espejo cobra un nuevo sentido. El analista debe constituirse estrictamente en el alter ego del paciente, espejo cuya única función es la de dejar que el paciente se vea allí reflejado. Para cumplir su misión, el analista debe ser sólo una función, sin soporte material, invisible y siempre detrás del analizado, ya que de otra manera expulsa al analizado de la posición narcisista que le es propia.¹¹ En la situación analítica el analizado está solo, sin estarlo totalmente, ya que la situación analítica contiene virtualmente la relación de objeto, que se irá estableciendo gradualmente. El analizado es para Grunberger un Narciso contemplándose en el agua, que tiene atrás al analista como su *ninfa Ego*.

⁹ Se publicó en la *Revue Française de Psychanalyse* de 1957 y forma el primer ensayo de *Le narcissisme* (1971).

¹⁰ «Analyser le "transfert d'analyse", c'est-à-dire la résistance et laisser agir le "rapport d'analyse", est certainement une bonne formule, encore faudrait-il reconnaître ce second facteur et bien le séparer du premier» (*Le narcissisme*, pág. 56, n° 5).

¹¹ *Ibid.*, pág. 59.

Con estos utensilios teóricos, Grunberger puede ahora dar su propia versión sobre el proceso de regresión durante la cura analítica, circunscribiéndolo a la neurosis de transferencia en cuanto relación de objeto (edípica y preedípica), la cual debe deslindarse de los fenómenos narcisísticos no objetales y aconflictuales de la relación analítica cuya expresión fenomenológica esencial es la euforia, la elación.¹² Englobar estos dos órdenes de fenómenos en un solo concepto hace perder a la transferencia su especificidad, la transforma en un término de uso múltiple, un comodín que parece ignorar que transferencia implica justamente un conflicto que se ha transportado de un objeto a otro.

La posición (o estado) narcisista que se acaba de describir aparece desde el comienzo del análisis, mientras que la transferencia se establecerá lentamente y mucho más tarde; y opera, en realidad, en sentido contrario: mientras la transferencia es fuente de resistencias (la resistencia de transferencia), el estado narcisista se revela como el *primum movens* del proceso analítico (*ibid.*, págs. 62-3). Es justamente la elación concomitante a la situación analítica lo que hace posible que los elementos edípicos ganen poco a poco la conciencia.

El precepto freudiano de que el análisis debe desarrollarse en frustración se ajusta a los deseos edípicos, pero no al narcisismo. El placer narcisístico que el paciente deriva del hecho de estar en análisis es precisamente la condición necesaria para que la situación analítica se establezca firmemente y la terapia tenga buen éxito.¹³

Grunberger considera que la catexia narcisista del analista al comienzo de la cura se debe a que el analizado le proyecta su yo ideal (*Moi Idéal*). La originalidad del procedimiento freudiano reside en que no mantiene ese equilibrio narcisista, conduciendo al analizado a una relación más evolucionada, la relación de objeto.

Cuando expone sus conclusiones al final de este original estudio, Grunberger vuelve a señalar que el elemento narcisista (por difícil que sea precisar el concepto) es el factor dinámico que proporciona su fuerza propulsora al proceso psicoanalítico.

En la situación analítica el analizado se encuentra frente a sí mismo por intermedio del analista y en circunstancias especiales que estimulan una regresión narcisística controlada que brinda la posibilidad de un desarrollo específico, el proceso analítico. La libido narcisística liberada es la que provee a la situación analítica de la energía dinámica que va a operar a lo largo de todo el proceso.¹⁴

Al concebir la situación analítica como narcisista, Grunberger tiene que replantearse el problema de las pulsiones. Es que para este autor hay un proceso paralelo, donde el material analítico descubierto transcurre en un plano superficial, mientras que el proceso energético subyacente cursa en el plano profundo. Si Grunberger ubica el narcisismo en el plano pro-

¹² *Ibid.*, págs. 61-2.

¹³ *Ibid.*, pág. 64.

¹⁴ *Ibid.*, pág. 111.

fundo es porque piensa que la vida instintiva en sus múltiples y variadas manifestaciones hunde sus raíces en el narcisismo: la pulsión expresa y es el instrumento de acción del narcisismo y este, entonces, detenta el poder fundamental. La búsqueda de una satisfacción pulsional siempre se apoya en la necesidad de sentirse capaz de obtenerla y a veces basta sentirse capaz de satisfacerse a uno mismo sin que sea preciso cumplir el deseo pulsional mismo. «*Poder hacer es lo esencial y hacer no sirve a menudo más que para dar prueba de ello*». ¹⁵

Si partimos del concepto de narcisismo que nos propone y aceptamos que transferencia y *rapport* son dos cosas distintas, entonces la investigación de Grunberger se nos presenta clara y rigurosa, prácticamente inatacable. Ya he señalado la forma convincente en que situación y proceso quedan definidos y delimitados, la originalidad que cobra la metáfora freudiana del analista espejo y las precisiones estructurales con que este autor nos permite comprender mejor la función del yo ideal y del ideal del yo en las complejidades y sutilezas de la situación analítica. Agreguemos ahora que las diferencias propuestas por Grunberger apuntan también —y él no lo ignora— a ver desde otro prisma la dialéctica entre neurosis de transferencia y alianza terapéutica, con una revisión del concepto de transferencia fundamental (*basic transference*) de Greenacre (1954). La misma revisión abarca también, me parece, otros conceptos que quieren dar cuenta de la estructura de la situación analítica, como la transferencia flotante de Glover (1955) y la relación diádica que estudió Gitelson en el Congreso de Edimburgo de 1961, apoyado en lo que Spitz (1956b) llamó la actitud diatrófica del analista en su ensayo sobre la contratransferencia.

En contraposición a todos estos autores, y desde luego a los que rechazamos la teoría del narcisismo primario, Grunberger piensa, fiel a sus ideas, que ese tipo especial de relación entre analizado y analista es *por definición* anobjetal y aconflictual.

De esto deriva una praxis que restringe los criterios de analizabilidad a pacientes neuróticos que puedan derivar una satisfacción narcisística de la relación analítica (euforia, elación) y que presta una especial consideración (excesiva a mi juicio) a los mecanismos primitivos, a la atmósfera analítica, donde el silencio del analista llega a tener una gran relevancia; pasa a ocupar, prácticamente, una posición estratégica en el diseño de la cura. Salvo casos excepcionales, el silencio del analista no es en el fondo traumatizante. «El analista —callándose— permanece de hecho en el terreno narcisista aconflictual *por definición*». ¹⁶

El inconveniente principal que yo veo a esta concepción técnica es que, aun en las manos de los analistas más experimentados como Béla Grunberger, puedan quedar sin analizar áreas muy peligrosas de idealización. No siempre el analizado logra darse cuenta de que el silencio del analista comporta una actitud técnica y «es para su bien».

¹⁵ *Ibid.*, pág. 93 de la ed. cast.; ed. francesa, pág. 111.

¹⁶ *Ibid.*, pág. 74; ed. francesa, pág. 88.

37. Situación y proceso analíticos

1. Repaso breve

En el capítulo anterior definimos provisionalmente la situación analítica como el sitio en que se desarrolla el tratamiento en cuanto relación entre dos personas que asumen papeles definidos para realizar una determinada tarea; y utilizamos como base de nuestra discusión los trabajos de los Baranger, Zetzel y Grunberger. En esos escritos la situación analítica se describe desde perspectivas bien distintas: para los esposos Baranger la situación analítica es un campo dinámico donde surge una fantasía compartida, mientras que para Zetzel la situación analítica es lo estable, lo que forma la alianza terapéutica y se contrapone a la neurosis de transferencia, y, por fin, para Grunberger la situación analítica es el remanso narcisista que motoriza el proceso.

Los Baranger afirman que la situación analítica debe definirse como un campo donde opera una fantasía de pareja, una fantasía compartida entre el analista y el analizado, que se vehiculiza por un proceso mutuo de identificación proyectiva. Cuando analista y paciente toman conciencia de la fantasía que comparten, nace el insight en el campo. Hicimos la crítica a esta posición que nos parece extrema y señalamos, también, que en un trabajo reciente, escrito con Mom para el Congreso de Madrid, nuestros autores modifican algunos de sus puntos de vista.

Vimos también que Zetzel sostiene que entre situación y proceso se da la misma relación que entre alianza terapéutica y neurosis de transferencia. Dejando a un lado que esta clasificación reduce cuatro conceptos a dos, la criticamos desde sus propias pautas, recordando que esta teoría postula que el análisis consiste en que la neurosis de transferencia se vaya convirtiendo gradualmente en alianza terapéutica, y esto vendría a significar que el proceso analítico se convierta en situación analítica, lo que es inconsistente. A mayor abundamiento, y puesto que se postula la alianza terapéutica como requisito para que se ponga en marcha el proceso de regresión que condiciona la neurosis de transferencia, tendríamos que concluir que la alianza terapéutica es causa y consecuencia de la neurosis de transferencia.

La teoría de Grunberger es consistente y de una irreprochable coherencia interna, si bien inseparable de la concepción del narcisismo de su autor, que infiltra no sólo la teoría del proceso y su praxis sino también la idea de transferencia.

2. Situación y proceso

Otros autores argentinos, como Bleger y Zac, proponen que la situación analítica se defina a partir del proceso. Bleger (1967) estableció que el *proceso* psicoanalítico, como todo proceso, necesita un *no-proceso* para poder realizarse y dijo que esa parte fija o estable es el *encuadre* (setting). El encuadre queda así definido como un conjunto de constantes gracias a las cuales puede tener lugar el proceso psicoanalítico. A partir de estas definiciones estipulativas de Bleger se comprenderán mejor, espero, mis objeciones a la propuesta de Zetzel de homologar la situación analítica a la alianza terapéutica definida como lo estable, en cuanto así se la confunde con el encuadre.

Continuando la línea de pensamiento iniciada por Bleger, Joel Zac (1971) estudia justamente esas *constantes* del psicoanálisis y las define en principio como factores variables que Freud estableció (o fijó) de acuerdo con ciertas hipótesis previas.

A partir de observaciones empíricas impecablemente registradas y de ciertas generalizaciones que nacen de esas mismas observaciones, Freud pudo concebir cómo tenía que desarrollarse el tratamiento psicoanalítico, estableciendo así las hipótesis definitorias del psicoanálisis, es decir los postulados sin los cuales el psicoanálisis no se puede dar, fuera de los cuales el psicoanálisis nunca podría ser lo que es. De esas hipótesis definitorias derivan las normas que constituyen el encuadre y sin las cuales el tratamiento psicoanalítico no tiene «lugar». Por esto dice Zac que «no se podría definir el encuadre sin tener algunas hipótesis previas que enuncian que, de no fijarse ciertos factores variables como constantes en forma definitiva, intervendrían ciertas leyes que implicarían a su vez un determinado tipo de consecuencias» (1971, pág. 593).

La idea directriz de Freud al fijar las constantes del encuadre —sigue Zac— es la de sentar las condiciones más favorables para el desarrollo de la cura. De ésta forma, el encuadre consiste en el conjunto de estipulaciones que aseguran el mínimo de interferencias a la tarea analítica, al par que ofrecen el máximo de información que el analista puede recibir.

3. Las tres constantes de Zac

Zac sostiene que en el tratamiento analítico existen tres tipos de constantes. Las primeras derivan de las teorías del psicoanálisis y son de las que acabamos de ocuparnos. A estas constantes Zac las llama *absolutas*, porque aparecen en todo tratamiento psicoanalítico ya que guardan relación directa con las hipótesis definitorias de nuestra disciplina. Frente a estas constantes absolutas están las *relativas*, que son de dos tipos, las que dependen de cada analista y las que derivan de la pareja particular que forman ese analista y ese analizado. Si bien estas constantes son *relativas*, no dejan de ser fijas una vez que se han establecido.

Entre las constantes relativas *que dependen del analista* podemos mencionar algunos rasgos de su personalidad, su ideología científica y otras más concretas como el lugar en que tiene su consultorio, el tipo y estilo de sus muebles, así como también las regulaciones de sus honorarios, feriados, etcétera. La época y la extensión de sus vacaciones son constantes que dependen básicamente del analista. La estabilidad del ritmo de trabajo, en cambio, pertenece a las constantes absolutas, de modo que el psicoanalista no podrá cambiar a su arbitrio el tiempo ya fijado de sus vacaciones o de sus feriados, por ejemplo. A estas constantes relativas al analista se refiere sin duda el trabajo ya clásico de los Balint (1939), que las señala como formas expresivas del analista. Alicia y Michael Balint llaman contratrasferencia a estas modalidades particulares del analista; pero, en realidad, vale más conceptualizarlas como partes de su setting en cuanto soporte real de la relación, sin perjuicio de que puedan revestirse de significados trasferenciales y contratrasferenciales.

Zac distingue, por último, un tercer tipo de constantes, también relativas, *que dependen de la pareja*, no ya del psicoanálisis ni del psicoanalista, es decir de la pareja que forman concretamente un determinado analista y su analizado. Estas últimas, digamos de paso, son las que más prestan soporte a los conflictos de contratrasferencia. Una constante de este tipo podría ser, por ejemplo, que la hora de la sesión se fije de acuerdo con las conveniencias de ambas partes; o que un analista que toma vacaciones en febrero contemple el caso del abogado por la feria judicial de enero.

Como acabamos de ver, la reflexión de Zac se encamina a estudiar cuáles son las constantes que determinan el encuadre. Al principio, como dice el Génesis, era el caos, todas eran variables. Llega Freud y pone orden: las sesiones van a ser seis por semana, una todos los días; esa hora le pertenece al paciente y ni este ni Freud la cambian, etcétera. Freud, entonces, transformó arbitrariamente algunas variables en constantes; podría haber fijado otras. Pero las que fijó son las que hacen posible el tratamiento analítico y por esto todo el mundo dice que expresan una vez más su genio. Gracias a estas estipulaciones la cura puede tener lugar, porque el lugar de la cura, esto es la situación analítica, se encuentra justamente allí, entre esas constantes.

Una vez que se fijaron las variables para constituir el encuadre, las otras variables contenidas inicialmente en la situación analítica van a generar el proceso psicoanalítico.

4. Contrato y encuadre

El conjunto de variables que quedaron fijadas, repitémoslo, constituyen lo que se llama *encuadre* (o «setting»), porque son verdaderamente el marco en el cual se ubica el proceso. Algunas de estas normas se formulan explícitamente en el momento del contrato, como vimos en el capítulo 6; otras se formularán cuando llegue el momento y otras quizá nunca,

aunque todas tendrán que ser respetadas y preservadas. Los analistas que por razones técnicas prefieren no recibir regalos, por ejemplo, no van a introducir esa norma en el contrato, sería oficioso y hasta una forma de inducir a hacerlos, por aquello de que en el inconciente no existe el no. La explicitará cuando el material del paciente lo justifique y no antes.

Las constantes del encuadre son, pues, normas empíricas dictadas por Freud a partir de su experiencia clínica, que lo llevó a poner un marco definido y estricto a su relación con el paciente para que el tratamiento se desarrollara en la mejor forma posible, con la menor perturbación posible. Algunas de estas normas son las que rigen cualquier tipo de tarea entre dos personas, como el intercambio de tiempo y dinero, el lugar y el tiempo del encuentro, etcétera, porque ninguna tarea puede realizarse si no se estipulan algunas reglas para llevarla a cabo; pero no son estas las que más nos interesan sino otras, las que derivan específicamente del tratamiento analítico, de esa singular relación que se establece entre el analista y su paciente; de ellas tendremos ahora que ocuparnos.

Para la época de los escritos técnicos, los descubrimientos de Freud ya eran claros y definidos en cuanto a la importancia del desarrollo de un proceso singular en su relación con el enfermo, que desde 1895 había llamado transferencia. Justamente porque Freud había descubierto este fenómeno es que las normas específicas del tratamiento analítico apuntan en su esencia a qué el fenómeno transferencial pueda desenvolverse sin tropiezos. Se sabe empíricamente que toda circunstancia que revele algo perteneciente al ámbito personal del analista puede perturbar ese desarrollo. El encuadre está destinado a proteger al enfermo de esas revelaciones y también al analista de sus propios errores, que perturban el proceso y, consiguientemente, perjudican al paciente y a él mismo. En cuanto las normas del encuadre están hechas para que la cura marche en la mejor forma posible, implican no sólo una posición técnica sino también ética por parte del analista.

El encuadre es entonces el *marco* que alberga un contenido, el *proceso*. Entre el proceso analítico y el encuadre se da, pues, una relación continente/contenido en términos de Bion (1936).

Este contenido consiste en la por demás singular relación de analista y analizado que, como estudiamos en la segunda parte de este libro, se compone de tres elementos: transferencia, contratransferencia y alianza terapéutica. También podemos decir que el contenido que estamos considerando configura la *neurosis de transferencia* o, siguiendo a Racker (1948), la *neurosis de transferencia y contratransferencia*. Este contenido es esencialmente variable, cambiante, nunca igual; por esto Freud comparaba el análisis a la partida de ajedrez, donde sólo la apertura y el final podrán ser pautados, nunca el medio juego. Para que este proceso surja y se desarrolle debe existir un marco lo más estable posible, el encuadre.

5. Sobre las normas del encuadre

Los consejos de Freud en los escritos técnicos se agrupan en dos clases. Algunos son consejos concretos y directos sobre los cuales poco o nada se puede argumentar. Se los puede aceptar o rechazar pero no discutirlos. Pertenecen a las constantes relativas que dependen del analista y figuran entre estos los que tienen que ver con las regulaciones de horarios y honorarios, feriados o vacaciones, etcétera. Algunos analistas prefieren dar a cada paciente la misma hora todos los días pensando en simplificar las cosas; otros no se atienen a esa regla y hasta consideran que, variando las horas, pueden detectarse aspectos diferentes de la personalidad, ya que las personas no funcionan parejamente en el curso del día.

La frecuencia y la duración de las sesiones son constantes absolutas más bien que relativas. La mayoría de los analistas piensan que el ritmo más conveniente para el análisis es el de cinco sesiones por semana. Freud daba seis. En la Argentina, la inmensa mayoría de los analistas trabaja con cuatro sesiones, alegando por lo general razones económicas, lo que personalmente no me convence mucho. He visto variar al infinito la economía argentina, pero nunca cambiar a su compás el número de horas por semana. O, dicho con más precisión, nunca vi *aumentar* el número de sesiones en momentos de bonanza.

El número de cinco —más allá de los muchos simbolismos que se puedan interpretar— me parece el más adecuado porque establece un período sustancial de contacto y un corte nítido en el fin de semana. Para mí es muy difícil establecer un verdadero proceso psicoanalítico con un ritmo de tres veces por semana, aunque sé que muchos analistas lo logran. Un ritmo tan inconsistente y salteado como este análisis día por medio, en mi opinión, no hace surgir con suficiente fuerza el conflicto de contacto y separación. Los tratamientos de una o dos veces por semana no alcanzan por lo general a configurar un proceso analítico, aunque así se lo llame. Tiendo a creer que, en esos casos, el analista cree, sin duda de buena fe, que está haciendo un análisis pero el proceso exhibe los caracteres de la psicoterapia, esto es, dispersión u omisión de la transferencia, apoyo manifiesto o latente formulado como interpretación, descuido de la angustia de separación (que se interpreta convencionalmente o no se interpreta), etcétera.

Cuando el tratamiento se hace cuatro veces por semana es mejor poner las cuatro horas en días seguidos, aunque se prolongue así el período de separación. Cuando el tratamiento es con tres horas hay analistas que las ponen seguidas para tener entonces un lapso en que se establece un contacto pleno aunque siga después un intervalo muy grande. Otros, en cambio, prefieren dar las tres sesiones día por medio. Yo me inclino por este último proceder porque, como ya dije, pienso que tres horas en días continuos no siempre llegan a hacer un verdadero tratamiento psicoanalítico por más que busquen acomodarse a su forma. Una sesión día por medio le da al tratamiento un definido sabor a psicoterapia, lo que para mí se acomoda más a la realidad.

Un caso muy especial se plantea en los pacientes que viajan para analizarse y a los cuales no hay otra solución que darles en un par de días las cuatro o cinco sesiones. Es el caso de los candidatos que viajan para realizar su análisis didáctico. Es posible que en estos casos, decididamente atípicos, la habilidad del analista didáctico y la fuerte motivación del candidato (cuando se suman a una patología no demasiado severa) puedan suplir las grandes desventajas de este diseño.

En cuanto a la extensión de las sesiones, pocos analistas cuestionan que su duración debe ser poco más o menos que los clásicos cincuenta minutos. En algunos centros donde se practica la psicoterapia la unidad para la sesión es de treinta minutos y eso marca una diferencia cierta entre un método y el otro. No acepto el análisis *on demand* como el de *The piggle* (Winnicott, 1977) ni la sesión de tiempo libre de Lacan.

Por razones que hacen a su teoría de la comunicación y a cómo concibe la estructura de la situación analítica, Lacan trabaja con lo que se llama tiempo libre o abierto. Cree que la sesión no debe terminar como un acto rutinario sino significativo, sea para destacar el cierre de una estructura o para denunciar la palabra vacía del analizado. Esta conducta técnica ha sido duramente combatida por muchos analistas. Sin desconocer la incuestionable coherencia que en este punto existe entre la teoría y la técnica de Lacan, pienso que su fundamentación es insuficiente, ya que en todo caso lo que corresponde es interpretar y no sancionar la conducta del analizado por medio de una acción que, por muy bien pensada que estuviera, lleva en su entraña la pesada carga de un adiestramiento por premios y castigos. Nótese por lo demás que en esta crítica le estoy concediendo al analista lacaniano una objetividad que yo ni por asomo me reconozco a mí mismo. No confío demasiado, por cierto, en la objetividad de mi contrasferencia, menos que nunca en este caso donde la decisión que tome va a beneficiarme concretamente alargando *mi* tiempo libre. Considero, por último, que, aunque así no fuera, el analizado tendría todo el derecho de pensarlo, de lo que resultaría una situación de hecho inanalizable. No parto en estas reflexiones de que las sesiones terminan casi siempre antes y no después de los cincuenta minutos, ya que sería igualmente contrario al arte que el analista informe concretamente, por medio de su conducta, que está contento o siente desagrado. No hay que ser muy suspicaz, sin embargo, para pensar que los analistas que siguen a Lacan son tan humanos como los otros. Un analista lacaniano que conozco personalmente y de cuya inteligencia y probidad profesional tengo pruebas directas, me contó una vez esta anécdota por demás interesante. Llegó a su supervisión con uno de los analistas más distinguidos de la *Ecole*, un fervoroso defensor de la sesión abierta o de tiempo libre, y vio con desmayo que había un número importante de pacientes en la sala de espera. Salíó en una de esas el supervisor entre paciente y paciente y le dijo que en menos de una hora estaría listo, y así fue. ¿Cómo podía saberlo? Y no se diga que en este caso el analista fue infiel a sus teorías porque, justamente, lo que yo sostengo es que con ideas como estas se está siempre a merced de la contrasferencia. Habría entonces que pensar al

la insistencia de Lacan en que la resistencia parte del analista no puede tener un principio de explicación en esta singular norma de su setting.

Vale la pena señalar, por último, que muchos discípulos de Lacan piensan que la sesión de tiempo libre pertenece más al estilo del maestro que a su técnica, por lo que en este punto no lo siguen.

6. De la actitud analítica

Los consejos de Freud no sólo se refieren a las constantes del encuadre sino también a la *actitud mental del analista* que, en última instancia, les da a aquellas su sentido y valor. Se entiende por actitud mental del analista su disposición a trabajar con el paciente realizando en la mejor forma posible la tarea a la que se ha comprometido y que consiste en explorar sus procesos mentales inconscientes y hacérselos comprender. Esta tarea es difícil para el analizado porque le provoca angustia y esto le despierta resistencias y porque la exploración asume un carácter real e inmediato a través del enigmático e insoslayable fenómeno de la transferencia. Tampoco es sencilla la labor del analista que debe ser a la vez un observador sereno e imparcial pero comprometido. El analista participa en la situación analítica (el campo) pero debe hacerlo en forma tal que los datos de observación deriven del analizado. (Véase el capítulo anterior.)

Freud tipificó la actitud mental del analista en dos normas, la regla de abstinencia y la *reserva analítica*, condensada en la famosa metáfora del analista espejo. En sus «Consejos» de 1912 dice Freud estas palabras memorables «El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado» (AE, 12, pág. 117). Siguiendo esta hermosa metáfora, hoy podríamos decir: que el analista refleje y no proyecte lo que el analizado pone en él; que sea el analista un espejo plano, que se deje curvar lo menos posible por la contrasferencia. La reserva analítica es necesaria, pues, para que la situación analítica se pueda establecer. Si no es así los fenómenos de transferencia se hacen tan inaprehensibles y tan incomprensibles que la situación analítica se resiente de raíz.

La *regla de abstinencia* se refiere a que el analista no debe gratificar los deseos del paciente en general y desde luego particularmente sus deseos sexuales. Esta regla, que en principio se aplica al analizado, alcanza inexorablemente al analista y no podría ser de otra forma. En cuanto somos indulgentes con nuestros propios deseos, la regla ha dejado de aplicarse y no sólo por razones de ecuanimidad y de ética sino también psicológicas: si consentimos que el analizado nos gratifique ya lo estamos también gratificando. Si le hago a mi analizado una pregunta para satisfacer mi curiosidad, con su respuesta (o su negativa a responderme, lo mismo da) él ya está gratificándose.

Buena parte de la recomendable monografía de Leo Stone (1961) se ocupa de la regla de abstinencia y de la reserva analítica. Este autor abo-

ga por una actitud más ecuánime y menos rígida en cuanto a la aplicación de la abstinencia y la reserva. La aplicación estricta y sin matices de estas reglas —dice Stone— no siempre coadyuva a la estabilidad de la situación analítica y hasta puede utilizarse por analizado y analista para satisfacer deseos sadomasoquistas y/o cumplir ceremoniales obsesivos, tanto más peligrosos cuanto más sintónicos. La relación analítica es siempre contrapuntística y «la actitud analítica se comprende mejor por *ambas* partes como una *técnica* instrumental con la cual un médico comprometido puede ayudar mejor a su paciente» (pág. 33).

En este punto, como en tantas otras áreas de la praxis, no hay reglas fijas. Lo adecuado en un momento puede ser un grave error cinco minutos después. En cada caso tendremos que escuchar lo que dice el analizado, lo que estipula la teoría y lo que nos informa la contratrasferencia.

Hay dos formas pues de entender el encuadre, como hecho de conducta o como actitud mental.

Desde un punto de vista formal o conductista, el encuadre es ciertamente un acto de conducta y hasta un rito en el mejor sentido de la palabra. Este aspecto, sin embargo, con ser una condición necesaria del trabajo analítico, nunca será a mi juicio suficiente para que el proceso se desarrolle de veras.

El encuadre es sustancialmente una actitud mental del analista, concretamente la actitud mental de introducir el menor número de variables en el desarrollo del proceso. A eso se le debe llamar en última instancia encuadre, y no sólo a una determinada conducta. Si, en un momento dado, cuando voy a saludarlo, el paciente trastabilla, yo voy a tratar de hacer algo, en la forma más discreta posible, para que no se caiga. En este caso yo entiendo que no he modificado mi encuadre; internamente mi encuadre es el mismo, hacerlo pasar sin exponerlo a ningún estímulo extemporáneo y por tanto perjudicial para el proceso. Por esto es que el encuadre debe concebirse fundamentalmente como una actitud ética.

Recuerdo a una mujer luego de una intervención ortopédica que le dificultaba notoriamente caminar y recostarse. En el posoperatorio inmediato me habló para preguntarme si yo consentiría en agregar algunos almohadones a mi diván para que ella pudiera venir. La alternativa era perder un número importante de sesiones, lo que a ella no le gustaría. Parecía muy dispuesta a aceptar lo que yo dispusiera. Le repuse de inmediato que pondría el consultorio en las condiciones necesarias y ella vino al día siguiente acompañada por una enfermera. La encontré en la sala de espera del brazo de esta mujer y yo mismo la conduje al consultorio y la ayudé a acomodarse en el diván. Preferí llevarla del brazo yo mismo al consultorio a pesar del contacto físico que ello suponía, antes que delegarlo en la enfermera, lo que no era muy sintónico con mi setting, ya que nunca ingresó otra persona a mi consultorio analítico. Es evidente que esta decisión es muy discutible y si otro analista hubiera resuelto lo contrario yo no pensaría nunca que estaba equivocado.

Lo que quiero señalar es que esta notoria alteración (formal o ritual) del encuadre, en cuanto estaba enderezada a no interrumpir más de lo indispensable el proceso analítico, no provocó dificultades singulares. Aparecieron las lógicas fantasías de dependencia en la transferencia materna y de seducción por el padre, sin adquirir para nada las características típicas que asume el material para el caso de un acting out contratransferencial. Por eso decía yo que el setting es ante todo una actitud mental del analista. Entre paréntesis he podido observar que los analistas que critican la «rigidez» del encuadre es en general porque no alcanzaron todavía un concepto claro de lo que el encuadre verdaderamente es.

38. El encuadre analítico

1. Recapitulación

Anunciamos al comenzar la cuarta parte que el concepto de situación analítica es más fácil de captar intuitivamente que de poner en conceptos, y desgraciadamente lo estamos demostrando. Tampoco es sencillo, por cierto, separar la situación analítica del proceso analítico.

En el capítulo anterior vimos la preocupación de Zac (1968, 1971) por discriminar entre situación y proceso, así como la forma nítida y convincente con que estudia las variables y las constantes que configuran a la par que hacen posible el proceso analítico.

En «Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre» (1971), uno de los trabajos más rigurosos que he leído sobre el tema, Zac destaca que esas constantes están ligadas a una determinada concepción teórica, y todos reconocemos como un rasgo del genio de Freud haberse dado cuenta de cuáles eran las variables que debían transformarse en constantes para que el proceso asumiera el carácter de analítico. Al estudiar las constantes, Zac distingue las absolutas, que dependen de la teoría psicoanalítica, y las relativas que tienen que ver con el analista y con la pareja analista/analizado.

2. Las tesis de Bleger

Vamos a ver ahora en qué forma Bleger (1967) intenta comprender el proceso analítico con una dialéctica de constantes y variables.

Tanto Bleger como Zac y en general todos los autores argentinos que, como Liberman (1970, especialmente el capítulo primero), estudiaron este tema se inclinan a aplicar la denominación de *situación* analítica al conjunto de relaciones que incluyen el proceso y el encuadre.

Como dice Bleger (1967), ningún proceso puede darse si no hay algo dentro de lo cual pueda transcurrir, y esos carriles por donde se desplaza el proceso son el encuadre: para que el proceso se desarrolle tiene que haber un encuadre que lo contenga. En otras palabras, cuando hablamos de un *proceso analítico* estamos considerando implícitamente que debe inscribirse en una totalidad más abarcativa, más amplia, la *situación analítica*. Una tesis básica del artículo de Bleger es, pues, que la situación analítica configura un *proceso* y un *no-proceso* que se llama *encuadre*.

De acuerdo con esta propuesta, situación y proceso quedan perfectamente delimitados pero a costa de una definición estipulativa que le resta autonomía al concepto de situación analítica.¹

La otra tesis de Bleger es que la división entre constantes y variables, aleatoria por definición en cuanto tomamos por constantes las variables que mejor nos parecen, también lo es en la práctica, pues a veces las constantes se alteran y pasan a ser variables: el marco se convierte en proceso.

La tercera tesis es que si bien las alteraciones del encuadre a veces nos dan acceso a problemas hasta ese momento inadvertidos no se justifica de ninguna manera modificar el encuadre para lograr esas finalidades. Esa conducta técnica es inconveniente por dos razones: una, porque lo que surge es un artificio que va a carecer de toda fuerza probatoria y nunca va a poder ser analizado limpiamente; y, dos, porque nunca puede uno estar seguro de que el analizado va a reaccionar en la forma prevista. El experimento puede fallar y entonces quedaremos desguarnecidos frente a la alteración que nosotros mismos propusimos. Estas dos razones le hacen a Bleger proclamar que de ninguna manera tiene el analista la libertad técnica y ética de modificar el encuadre en busca de determinadas respuestas, con lo que se pronuncia contra las técnicas activas y la reeducación emocional.

El último postulado de Bleger es que en la inmovilidad del encuadre se depositan predominantemente ansiedades psicóticas. Hasta aquí los principios de Bleger se pueden compartir desde diversas teorías; pero Bleger ahora da un paso más, muy coherente con su manera de pensar, y es que esa parte muda que se deposita en el encuadre es la simbiosis. Más adelante nos vamos a ocupar de la teoría del desarrollo que propone Bleger y de su concepto de psicosis, pero digamos desde ya que pueden no compartirse en ese punto sus ideas y aceptar sin embargo plenamente sus explicaciones sobre la dialéctica del encuadre psicoanalítico.

Podemos convenir, entonces, por de pronto, que el mutismo del encuadre debe ser atendido preferentemente y considerado como un problema porque de hecho lo es. El mayor riesgo del encuadre es su mutismo, porque como tendemos a darlo por fijo y estable, no lo consideramos y no lo interpretamos adecuadamente. La mudez del encuadre se da por sentada, se toma *for granted* y entonces nunca se discute.

Bleger piensa, desde luego, como la mayoría de los autores, que cualquier información que reciba el paciente sobre el analista tiene un carácter perturbador, y que es muchas veces en esas circunstancias que se movilizan las ansiedades más fuertes y menos visibles; pero lo que a él le interesa señalar es justamente el caso opuesto, poco o nada estudiado.

¹ Volveremos a esto todavía al final de este capítulo; y adelantémonos a decir que vamos a proponer otra solución.

3. El encuadre que se hace proceso

Cuando el encuadre se perturba, afirma Bleger, pasa a ser proceso, porque lo que define el setting es su estabilidad. Una experiencia que todos hemos tenido muchas veces es que, a partir de una ruptura del encuadre, aparecen configuraciones nuevas en el material, a veces de lo más interesantes. Coincido definitivamente con Bleger en que esto no autoriza en modo alguno a modificar el encuadre con fines experimentales.

Quiero acotar también, porque es muy importante, que cuando digo que el encuadre es estable quiero decir con más precisión que, a diferencia de las variables que cambian continuamente, el encuadre tiende a modificarse con lentitud y no en relación directa con el proceso sino con normas generales. En otras palabras, el encuadre cambia lentamente, con autonomía y nunca en función de las variables del proceso.

Siempre que modifiquemos el encuadre en respuesta a las características del proceso estamos recurriendo a la técnica activa. Si una persona, por ejemplo, tiene avidez, esa avidez debe ser analizada y no manejada aumentando o disminuyendo el número de las sesiones. Otro ejemplo pueden ser los honorarios. Un aumento o una disminución de honorarios no deben hacerse nunca sobre la base del material que está surgiendo. El material puede mostrar convincentemente que el analizado desea que se le aumenten los honorarios, o que se le disminuyan; pero no debe ser a partir de esa circunstancia que se toma la decisión de proponer un cambio en el monto de los honorarios, sino sobre la base de hechos objetivos, ajenos fundamentalmente al material. No serán, pues, los deseos del paciente sino los datos de la realidad (por difícil que nos sea evaluarlos y por más que nos equivoquemos al hacerlo) los que nos hagan aumentar o disminuir los honorarios. Vale la pena señalar aquí que el error que podamos cometer al evaluar los hechos objetivos no afecta al método y no hace más que mostrar una falla personal, siempre subsanable y analizable. Yo pienso en cambio, firmemente, que si modificamos el setting respondiendo al material cometemos un error que no vamos a poder analizar, simplemente porque hemos abandonado por un momento el método psicanalítico. El encuadre no debe depender de las variables.² Lo mismo piensa Jean Laplanche (1982) cuando se pronuncia en contra de cualquier manipulación del setting. Toda manipulación pretende ser una manera de comunicar mensajes, pero lo único que logra es desestabilizar las variables sobre las cuales debería operar la interpretación (*ibid.*, pág. 139). «Yo pienso —dice severamente Laplanche (y coincido con él)— que toda acción sobre el encuadre constituye un *acting out* del analista» (*ibid.*, pág. 143).

Es necesario señalar, también, que este tipo de error no depende para

² Recuerdo que cuando empecé mi análisis didáctico era bastante frecuente que se «interpretara» que el analizado quería o necesitaba que le aumentaran los honorarios. Estas interpretaciones, previas a un aumento, se dirigían a la culpa o al deseo de reparar pero nunca, como es natural, al masoquismo; y desde luego sobrevenían uniformemente en una determinada época del año (o del ciclo económico).

nada del contenido de lo que hagamos ni tampoco de la buena voluntad con que estemos procediendo. Lo que aquí importa no son nuestras intenciones sino que hemos alterado las bases de la situación analítica. En este sentido, y en clara oposición a lo que siempre dice Nacht (1962, etcétera), pienso que de nada vale ser buena persona si se es mal analista. ¡Y habría que ver, todavía, qué clase de buena persona somos cuando procedemos de esta manera!

Esta norma no es, sin embargo, absoluta. A veces corresponde tener en cuenta ciertos deseos del analizado y por diversas razones, ya que el encuadre debe ser firme pero también elástico. Esta condescendencia tendrá que ser siempre mínima, consultando la realidad no menos que nuestra contratrasferencia; y nunca debe hacerse con la idea de que a partir de una modificación de ese tipo vamos a obtener cambios estructurales en el paciente.

En resumen, pienso que el proceso *inspira* el encuadre pero no lo debe determinar.

4. Un caso clínico

Recuerdo un hombre de negocios, joven, inteligente y simpático, cuyos discretos rasgos psicopáticos no me pasaban inadvertidos. A propósito de un reajuste de honorarios, que ya estaba previsto por la inflación, afirmó que el honorario propuesto era más de lo que podía pagar. Describió las dificultades que pasaba con su pequeña industria (y que yo conocía), me recordó que su mujer también se analizaba y terminó pidiéndome una reducción de algo menos del diez por ciento. Acepté, no sin señalarle que, hasta donde yo podía juzgarlo, él estaba en condiciones de hacerse cargo de mis honorarios completos. Se sintió muy contento y aliviado cuando yo acepté su propuesta y siguió asociando con temas generales. Un rato después dijo que había estado recordando los últimos días una anécdota de su infancia que le provocaba un sentimiento singular. Cuando estaba en tercer grado juntaba figuritas, como la mayoría de sus compañeros, y también la maestra tenía su álbum. A él le faltaba para completar el suyo una de las figuritas difíciles y advirtió con gran excitación que su maestra la tenía entre las repetidas. Dando por sentado que ella no sabía el valor de esa figurita, le propuso un cambio y le ofreció una cualquiera de las suyas. Ella aceptó, y fue así que él completó su colección y pudo cambiarla por aquella ambicionada pelota de fútbol que lo acompañó por un largo tiempo de su infancia que, digámoslo entre paréntesis, había sido bastante desolada. Le dije entonces que, tal vez, él se equivocaba al juzgar a su maestra. Es probable que ella supiera que la figurita que él necesitaba era difícil de obtener, pero se la dio generosamente, sabiendo cuánto ambicionaba él aquella pelota de fútbol. Cambió súbitamente su tono hipomaniaco y dijo con insight que tal vez yo tuviera razón, ~~nunca~~ lo había pensado; pero tenía que reconocer que su

maestra era inteligente y generosa. Recordó a continuación varias anécdotas en que se la mostraba ayudando con buena voluntad a sus alumnos. Un par de semanas después dijo que la situación en la fábrica había mejorado y que podía volver a pagarme mis honorarios completos. Acepté.

Creo que mi conducta en este caso fue correcta y estrictamente analítica. Al decidirla tuve en cuenta la intensidad de sus mecanismos proyectivos. El paciente decía desde la primera sesión y sin ningún pudor que yo le cobraba indebidamente, que me aprovechaba de él y que mi deshonestidad era evidente. Cuando él me pidió la reducción de honorarios lo hizo, sin embargo, con una actitud de respeto, por mucho que tuviera de reactiva, y esgrimiendo razones reales, las dificultades financieras de su empresa y lo magro de su presupuesto familiar. Luego de consultar mi contratransferencia, yo decidí aceptar su propuesta, plenamente conciente de que el pedido comprometía mi encuadre, seguro que de hacer valer mis derechos (que por otra parte no estaban tan amenazados) o de interpretar su deseo de pagar de menos, sólo hubiera logrado dar contra el muro de su recalcitrante proyección. Creo que lo hecho fue legítimo en cuanto no se proponía corregir sus fantasías mostrándole que yo era «bueno» sino acomodar mi setting a la rigidez de sus mecanismos de defensa. Tuve en cuenta, asimismo, que yo no podía decidir hasta qué punto sus apreciaciones sobre la marcha de su fábrica eran correctas y, como dice la sabia máxima latina *in dubio pro reo*.

El analizado respondió a mi (pequeña) generosidad con una generosidad mucho mayor, con el recuerdo encubridor de su latencia que me permitió una vez más enfrentarlo con sus mecanismos psicopáticos (engaño, burla).

Deseo decir al pasar, aunque no viene al caso, que, por razones de tucto, no me incluí en la interpretación de la maestra generosa («y eso le pasa conmigo a propósito de la reducción de honorarios»). Pienso, sin embargo, que la interpretación que yo formulé en términos históricos contenía latentemente una auténtica resonancia trasfereencial, que no creí oportuno explicitar en ese momento muy particular. Cuando poco después él me pidió volver a mis honorarios completos pude interpretar con todo detalle el conflicto trasfereencial.

4. La mudez del encuadre

La idea de Bleger sobre el mutismo del encuadre merece una discusión detenida. Su trabajo estudia la dialéctica del proceso psicoanalítico en cuanto las constantes del encuadre pasan en un momento dado a ser variables y subraya que cuando esa dialéctica no se cumple el analista tiene que estar muy atento.

En el ensayo de Bleger se pregunta qué pasa cuando el analizado cumple con el encuadre. Por esto dice que va a estudiar el encuadre cuando *no es un*

problema, justamente para demostrar que lo es. El encuadre, como el amor y el niño, dice Bleger, sólo se siente cuando llora; y su investigación se dirige precisamente a ese encuadre que no llora, que es mudo. Tiene mucha razón, porque cuando el encuadre se altera el analista está sobre aviso, mientras que cuando no hay alteración tendemos a despreocuparnos.

Bleger se refiere, entonces, a los casos donde el encuadre no se modifica para nada; cuando el analizado lo acepta por completo, total y tácitamente, sin siquiera comentarlo. Es ahí, nos advierte, donde pueden yacer las situaciones más regresivas, donde puede abroquelarse la defensa más contumaz.

Bleger no pone en duda que el encuadre tiene que estar mudo; al contrario se ha definido porque debe estarlo para que se pueda realizar la sesión, para que haya proceso; y ha dicho, también, que nada justifica al analista que lo mueve para influir sobre el analizado y el proceso. Pero Bleger sabe, como todos nosotros, que el encuadre no va a estar por siempre inánime. Tiene que haber estabilidad pero los cambios son inevitables: en algún momento el paciente va a llegar tarde o el psicoanalista va a estar resfriado —para decir cosas triviales—. Mientras el psicoanalista no se enferme, puede que las fantasías hipocondríacas queden fijadas en el encuadre, que presta asidero «real» a la idea de un analista invulnerable a la enfermedad. Se comprende ahora la razón que tiene Bleger al decir que hay aspectos del encuadre que permanecen mudos y que hay que tener mucho cuidado, porque ese silencio implica un riesgo, puede esconder una celada, una trampa.

6. Encuadre y simbiosis

Es notorio que Bleger parte de la hipótesis de que en el sujeto coexisten aspectos neuróticos y psicóticos. La parte neurótica de la personalidad nota la presencia del encuadre y registra las vivencias que provoca (la sesión fue muy corta o muy larga, se lo atendió dos minutos antes o después de la hora). Es la evaluación del encuadre que todos aceptamos y por supuesto también Bleger. Lo que él agrega a este esquema pertenece a la parte psicótica de la personalidad —que le gustaba llamar P P P—, que aprovecha la falta de cambio en el encuadre a fin de proyectar la relación indiscriminada con el terapeuta. No hay pues incompatibilidad entre el encuadre que habla y corresponde a los aspectos neuróticos y el encuadre mudo de la psicosis: lo primero se verbaliza, mientras lo otro queda inmovilizado y se lo reconoce sólo cuando el encuadre se altera. En otras palabras, los aspectos psicóticos de la personalidad aprovechan la inmovilidad del encuadre para quedarse mudos. Para decirlo con mayor precisión, la muda psicosis tiene por fuerza que adosarse al encuadre que es, por definición, la parte del proceso analítico que no habla.

Cuando Bleger insiste en que el encuadre se presta para recibir los aspectos psicóticos que quedan allí mudos y depositados está pensando en

su propia teoría de la psicosis y del desarrollo. Bleger piensa que al comienzo hay un sincitio, conjunto de yo y no-yo, formado por un organismo social que es la diada madre-hijo. El yo se va formando a partir de un proceso de diferenciación. El requisito fundamental del desarrollo es que el yo esté incluido en un no-yo del cual se pueda ir diferenciando. Este no-yo, que funciona como un continente para que el yo se discrimine, es precisamente el que se trasfiere al encuadre.

Para esta teoría, entonces, la parte no diferenciada de la personalidad tiene su correlato más natural en el encuadre que, por definición, es el continente donde se desarrolla el proceso psicoanalítico. De acuerdo con las ideas de Bleger, el encuadre se presta excelentemente para que en él se transfiera y se repita la situación inicial de la simbiosis madre-niño. Como puede verse, nuestro autor es muy coherente con sus propias teorías.

Aunque aceptemos otras ideas sobre el desarrollo y la psicosis, sus precisiones sobre el proceso y el encuadre son de un valor permanente.

7. Significado y función del encuadre

La idea de Bleger sobre el mutismo del encuadre, es, a mi juicio, una contribución original al estudio del proceso analítico, que adquiere todavía más relieve al explicarlo en función de la psicosis. En los diez años largos que nos separan de su prematura muerte³ llegamos a comprender algo más el mudo lenguaje de la psicosis y ahora podemos formular sus ideas con mayor precisión.

Cuando Bleger nos previene sobre el riesgo de que el encuadre quede mudo se refiere a su significado pero no a su función. Conviene discriminar estos dos factores. El encuadre tiene la *función* de ser mudo para que sobre ese telón de fondo hable el proceso; pero creer que lo sea por entero montaría tanto como pensar que hay algo que, por su naturaleza, no puede ser recubierto de significado. Nosotros podemos penetrar el *significado* del encuadre sin por ello tocar sus funciones, más si lo pensamos como continente de ansiedades psicóticas. Hay que tener presente, entonces, que siempre existe una transferencia psicótica que aprovecha la estabilidad del encuadre para pasar inadvertida, para quedar inmovilizada y depositada.⁴

Al diferenciar entre la función y el significado se comprende que para mantener este no se necesita modificar aquella. Evidentemente, a veces al modificarse la función se destaca el significado; pero ese significado jamás podemos alcanzarlo a través del material que trae el paciente sobre la función del encuadre. En este sentido podemos concluir que no existe un encuadre básicamente mudo, que el encuadre es siempre un significante.

³ Bleger murió el 20 de junio de 1972, a una edad en que todo hacía suponer que iba a continuar su obra vigorosa muchos años.

⁴ Esto nos lleva a una discusión honda y difícil, la relación de la situación y el proceso psicoanalítico con los comienzos del desarrollo, que procuraré enfrentar más adelante.

Acerca de la mudez del encuadre recuerdo lo que me dijo un alumno, que a veces el encuadre es mudo porque el analista es sordo. Habría que hablar, pues, de la sordomudez del encuadre, para incluir la contratransferencia y también las teorías del analista con respecto a la psicosis. Cuando se entiende el lenguaje no verbal de la psicosis el encuadre deja de estar mudo y aparece con su valor significativo.

Actualmente sabemos con bastante seguridad que la parte más arcaica de la personalidad, que de hecho corresponde al período preverbal de los primeros meses de la vida y tiene directa relación con el fenómeno psicótico, se expresa preferentemente por canales no verbales y paraverbales de comunicación, según lo expusimos al hablar de la interpretación.⁵ Se puede decir con propiedad que la psicosis es verdaderamente muda en cuanto se estructura con mecanismos que están más allá de la palabra. Cuando la psicosis empieza a hablar, deja de serlo.

Detengámonos ahora, por un momento, en la noción misma de ruptura del encuadre. Si queremos definirla objetivamente, la ruptura del encuadre consiste en algo que altera notoria y bruscamente las normas del tratamiento, y modifica consiguientemente la situación analítica. A veces la alteración proviene del analizado, configurando entonces un *acting out*; otras veces de un error (o *acting out*) del analista, otras, por fin, de una circunstancia fortuita, por lo general una información no pertinente que el analizado recibe de terceros. En todo caso, se conmueve el marco en que se desarrolla el proceso, se abre una grieta por la cual el analizado puede literalmente meterse en la vida privada del analista.

Junto a esta definición objetiva, al hablar de ruptura del encuadre debemos tener en cuenta las fantasías del analizado. El paciente puede negar que ha habido una ruptura del encuadre, como puede pensar que la hubo donde no sucedió. Como siempre en nuestra disciplina, lo decisivo será la respuesta personal del analizado. El encuadre es, pues, un hecho objetivo que el analista propone (en el contrato) y que el analizado irá recubriendo con sus fantasías.

Desde una perspectiva instrumental, el encuadre se instituye porque ofrece las mejores condiciones para desarrollar la tarea analítica; y, curiosamente, buena parte de esta tarea consiste en ver qué piensa el paciente de esta situación que nosotros establecemos, qué teorías tiene sobre ella. El encuadre es la lámina del Rorschach sobre la cual el paciente va a ver cosas, cosas que lo reflejan.

8. Otro material clínico

Recuerdo un paciente que apoyaba en el hecho de que yo lo atendiera siempre en la misma forma una fantasía aristocrática (y omnipotente) de

⁵ Este tema aparece ilustrado en mi trabajo sobre la reconstrucción del desarrollo psíquico temprano (1991b), incluido como capítulo 28 de este libro.

que yo era su valet, que le abría la puerta, entraba detrás de él, le limpiaba el traste, etcétera. Esta fantasía, vinculada al encuadre, quedó inmovilizada durante mucho tiempo, completamente muda. Evidentemente, yo no estaba predispuesto a analizarla, porque doy por sentado que la forma de recibir al paciente no debe variar mucho y es parte de mi setting. Es cierto que la idea de valet aparecía en otros contextos, pero no con la fuerza y la convicción cuasi delirante que asumió el día en que yo tuve que cambiar ocasionalmente la forma de recibirlo.

Una paciente que lleva seis años de análisis y tiene muchísimo dinero, a los tres días de un reajuste de honorarios que en nada difiere de otros anteriores, interrumpe el análisis. Sin decir nada se va de viaje a Europa y desde allí manda una carta diciendo que ha cometido una locura y quiere reanudar el tratamiento. La paciente tenía un hijo en análisis y con este aumento, por primera vez en seis años, había sobrepasado los honorarios que pagaba por el hijo. En ese momento se movilizó una situación psicótica proyectada en el encuadre, y era que ella tenía siempre que gastar menos en el tratamiento que su hijo, porque si gastaba más era como sus padres, que siempre se habían preocupado de juntar dinero, sin interesarse por ella. Esto jamás fue explicitado en el tratamiento y jamás tuvo el más mínimo problema para pagar; además, el dinero poco importaba para ella. La suma en sí no tenía ningún significado; pero bastó una diferencia realmente ínfima para que ella pasara a ser, por influencia del aumento, la madre que se ocupa más de sí misma que de su hijo, y dejó el tratamiento.⁶

Como es de suponer, este tipo de conflicto con respecto a su relación con los padres egoístas y a su función maternal se exteriorizaba en diversos contextos; pero correspondía siempre a los niveles neuróticos de la relación con los padres, de cómo habían manejado ellos el dinero, la sensación de que el dinero les importaba más que ella misma como hija y que eso era lo que le producía una sensación permanente de desvalorización, etcétera. En la parte psicótica, en cambio, el pago operaba como situación concreta que demostraba mágicamente que ella no era con su hijo como sus padres (según pensaba) habían sido con ella. Ese aspecto estaba totalmente escindido y puesto en el monto de lo que ella pagaba por su análisis y por el del hijo.

Estos dos ejemplos ilustran suficientemente, creo yo, la forma en que la parte psicótica queda inmovilizada en el encuadre. Creo que se advierte, también, que esto sucede porque la psicosis no habla con palabras y a veces no la escuchamos. Con respecto a mi analizado, sólo después de aquel episodio pude darme cuenta de que yo había analizado muchas veces su actitud de superioridad frente a mí por pertenecer a una clase social superior a la mía; pero nunca que él creía realmente que esa circunstancia definía irrecusablemente los papeles del señorito y el valet en la transferencia.

Con respecto a la mujer que hizo la «locura» de interrumpir el análisis

* Caso clínico presentado al Seminario de Técnica de 1975.

sis porque se había alterado un equilibrio sin fundamento, el material parece contener una nota querulante frente a los padres de la infancia que aparecía totalmente encastrada en el material neurótico de sus comprensibles frustraciones infantiles.

En resumen, creo que, si somos capaces de escucharla, menos podrá la psicosis acomodarse en el silencio del encuadre para pasar inadvertida.

9. Encuadre y metaencuadre

Hemos estudiado detenidamente las relaciones del proceso con el encuadre y hemos suscrito la opinión de la mayoría de los autores de que el encuadre no debe variar con los azares del proceso.

El encuadre recibe, en cambio, influencias del medio social en que el tratamiento se desarrolla. Esto es inevitable y también conveniente. Determinadas situaciones del ambiente deben ser recogidas por el encuadre, que adquiere así su asiento en el medio social en que se encuentra. El encuadre debe legítimamente modificarse a partir de los elementos de la realidad a la que en última instancia pertenece.

Al medio social que circunda al encuadre y opera en alguna medida sobre él, Liberman (1970) lo llama *metaencuadre*. Son contingencias que no siempre contempla estrictamente el contrato analítico pero gravitan desde afuera, y que el encuadre tiene, a la corta o a la larga, que contemplar. Ejemplo típico, la inflación. Otro ejemplo podría ser el respeto de los feriados importantes: en esos días no es aconsejable trabajar. Los analistas argentinos que no trabajan los feriados nacionales (pero sí otros menos importantes) se vieron frente a un pequeño conflicto cuando años atrás se dejó de considerar feriado nacional el 12 de octubre, el día del descubrimiento de América, que el presidente Hipólito Yrigoyen exaltó como Día de la Raza. Hace algunos años le habían quitado ese carácter que se le volvió a asignar recientemente, después del conflicto por las islas Malvinas. Sería un ejemplo típico de la «alteración» del encuadre que viene de afuera y corresponde al metaencuadre.

Con el plástico nombre de *mundos superpuestos*, Janine Puget y Leonardo Wender (1982) estudian un fenómeno ciertamente común que pasa casi siempre inadvertido, y es cuando analista y analizado comparten una información que es en principio extrínseca a la situación analítica y sin embargo se incorpora al proceso por derecho propio. En estos casos una realidad externa común en ambos surge en el campo analítico. «Su presencia en el material es fuente de distorsiones y transformación en la escucha del analista, así como de perturbación en la función analítica» (pág. 520). El analista se ve así de pronto en una situación donde está de hecho compartiendo algo con su analizado, lo que le hace perder la protección que le brinda el encuadre y lo expone a fuertes conflictos de ~~contratransferencia~~ que jaquean especialmente su narcisismo y su escotofilia.

Si bien el campo de observación de Puget y Wender tiene límites amplios que van de la ética a la técnica, de la contratrasferencia al encuadre y de la teoría al método, he decidido estudiarlo en este punto como un ejemplo privilegiado de las formas en que el encuadre psicoanalítico depende del ámbito social en que analista y analizado inevitablemente se encuentran.

10. Nuevo intento de definición

A lo largo de estos capítulos hemos podido ver que hay, de hecho, varias alternativas para definir la situación analítica y establecer sus vínculos con el proceso analítico.

Como dijimos antes, la palabra situación del lenguaje ordinario denota el lugar donde algo se ubica, el sitio donde algo tiene lugar. Según la perspectiva teórica en que nos coloquemos, ese «sitio» puede entenderse como una estructura o *Gestalt*, como un campo o un encuentro existencial.

Si la concebimos como una *estructura*, la situación analítica se nos presenta como una unidad formada por diversos miembros, dos, más precisamente, cada uno de los cuales sólo cobra sentido en relación con los demás. Con esta perspectiva se dice que la transferencia no puede entenderse desgajada de la contratransferencia o que las pulsiones y los sentimientos del analizado tienen que ver con la presencia del psicoanalista. Por esto Rickman (1950, 1951) subrayaba que la característica fundamental del método freudiano es ser una «two-person psychology».

El concepto de *Gestalt* o estructura no difiere mucho del de campo, y de hecho los que definen la situación analítica como un *campo* se apoyan en ideas guesálticas y estructurales. Cuando la definimos de esta manera significamos que la situación analítica está recorrida por líneas de fuerza que parten del analizado y del analista, que de este modo quedan ubicados en un campo de interacción.

La situación analítica podría por fin entenderse como un *encuentro* existencial entre analista y analizado. Si no la concebimos así es porque no pertenecemos a esa línea de pensamiento; pero así la definen todos los analistas existenciales, más allá de las diferencias que puedan distinguirlos. Para todos ellos la sesión psicoterapéutica es un lugar de encuentro, del ser-en-el-mundo.

En las tres definiciones recién apuntadas veo un par de elementos decisivos: 1) la situación analítica se reconoce por sí misma, tiene autonomía y 2) es ahistórica, atemporal, no preexiste al momento en que se constituye.

Hay otra forma de definir la relación analítica que, a mi juicio, es muy diferente de las anteriores, aunque a veces se confundan. En este caso la situación analítica se define estipulativamente a partir del proceso. Para llevarse a cabo, el proceso necesita por definición un no-proceso, que es el encuadre; y entonces vamos a utilizar la palabra situación para

abarcar a ambos. La idea de que debe haber algo fijo para que el proceso se desarrolle es lógica, es irreprochable; pero no por esto vamos a redefinir la situación analítica como el conjunto de constantes y variables. Es cierto que gracias a este arbitrio se resuelven las imprecisiones del lenguaje ordinario, pero a costa de simplificar los hechos quitándole a la situación analítica toda autonomía.

Si nos decidimos por mantener la vigencia conceptual de la situación analítica, tenemos que reconocerla como atemporal y ahistórica, pero entonces vamos a contraponerla y complementarla con la noción de proceso, con lo que reingresa la historia.

Para cerrar esta discusión con una opinión personal, diré que entre situación y proceso hay la misma relación que entre el *estado actual* y la *evolución* de la historia clínica clásica. O también entre la lingüística sincrónica y diacrónica de Ferdinand de Saussure (1916). La perspectiva *sincrónica* estudia el lenguaje como un sistema, en un momento y en un estado particular, sin referencia al tiempo. El estudio *diacrónico* del lenguaje, en cambio, se ocupa de su evolución en el tiempo. Esta discriminación fue una de las grandes contribuciones de Saussure, porque le permitió distinguir dos tipos de hechos: el lenguaje como sistema y el lenguaje en su evolución histórica.

Aplicando estos conceptos, podremos decir que la situación analítica es sincrónica y el proceso analítico diacrónico, y para estudiarlos debemos discriminarlos cuidadosamente, sin rehuir la maraña a veces inextricable de sus relaciones.

39. El proceso analítico

1. Discusión general

En los tres capítulos anteriores estudiamos especialmente la *situación analítica* y, luego de pasar revista a diferentes formas de entenderla, nos inclinamos por conceptualizarla como un lugar, un sitio, un *espacio* sin tiempo, donde se establece la singular relación que involucra al analizado y al analista con papeles bien definidos y objetivos formalmente compartidos en cuanto al cumplimiento de una determinada tarea.

Vimos también que la situación analítica requiere un marco para establecerse, que es el *encuadre* (setting), donde yacen las normas que la hacen posible. Estas normas tienen su razón de ser en las teorías del psicoanálisis y del psicoanalista y surgen de un acuerdo de partes que constituye el *contrato analítico*.

En su *Esquema del psicoanálisis*, escrito en 1938, poco antes de su muerte, Freud llamó a este acuerdo *Vertrag*, que puede traducirse por pacto, contrato. El analista debe aliarse con el debilitado yo del enfermo contra las exigencias instintivas del ello y las demandas morales del superyó, concertando así un pacto, donde el yo nos promete la más completa sinceridad para informarnos y nosotros le ofrecemos a cambio nuestro saber para interpretar los aspectos inconcientes de su material junto a la más estricta reserva. «En este pacto consiste la situación analítica» (Freud, 1940a, AE, 23, pág. 174).

A partir de la situación analítica así concebida se desarrolla la tarea analítica a través del *tiempo* configurando el *proceso psicoanalítico*, al cual dirigiremos ahora nuestra atención.

2. El concepto de proceso

Antes de ocuparnos específicamente del proceso psicoanalítico vamos a considerar el concepto de proceso, siguiendo el artículo que Gregorio Klimovsky (1982) escribió sobre este tema.

Quizá la acepción más amplia y general de *proceso*, dice Klimovsky, es la que lo define en función del tiempo, es decir, para cada valor de la variable tiempo se fija un cierto estado en el sistema en estudio. Lo que sucede en el sistema en estudio (que para nosotros es el tratamiento psicoanalítico) se da en función del tiempo, del mismo modo que el volu-

men de una masa de gas es función de la presión y la temperatura en la ley de Boyle y Mariotte. Según esta acepción muy general «un proceso es una función que correlaciona, para cada instante de un determinado lapso, un cierto estado o configuración característica del individuo o comunidad que se está investigando» (pág. 7). Cuando nosotros disponemos ciertos acontecimientos de la vida del analizado en un orden temporal estamos definiendo un proceso en cuanto ordenamos los acontecimientos en función del tiempo. Al consignar la enfermedad actual en la historia clínica, por ejemplo, seguimos este método, dado que vamos anotando los síntomas y el momento de su aparición. A veces, este ordenamiento cronológico de los síntomas basta para hacer un diagnóstico poco menos que de certeza de una determinada dolencia. Piénsese, por ejemplo, en el síndrome epigástrico y en el dolor en la fosa ilíaca derecha de la apendicitis aguda.

En una segunda acepción de la palabra proceso todo lo que va sucediendo en el tiempo cobra unidad en punto a un estado final determinado. El proceso marcha hacia un objetivo y termina cuando lo alcanza. En este sentido podríamos decir que el método catártico consistía en un proceso que, a partir de la hipnosis, conducía a la recuperación de los recuerdos (la conciencia ampliada) y terminaba en la abreacción.

La tercera acepción de «proceso» que distingue Klimovsky tiene que ver con un encadenamiento causal. Es decir, los estados posteriores están de alguna manera determinados por los anteriores, sea en forma continua o discreta. Cuando tratamos de comprender el proceso analítico en términos de progresión y regresión, cuando lo dividimos en etapas que dependen de determinadas configuraciones que al resolverse conducen a otras nuevas y previstas estamos de hecho dando explicaciones de este tipo. Un buen ejemplo es para el caso la teoría de las posiciones de Klein en su formulación genética,¹ en cuanto supone una evolución procesal de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva.

Hay todavía una cuarta forma de usar la palabra proceso y es como una «sucesión de eventos con sus conexiones causales más las acciones que el terapeuta va imprimiendo en ciertos momentos para que la secuencia sea esa y no otra» (*ibid.*, pág. 8). Es comprensible que si nosotros pensamos que cada estado depende de lo anterior, entonces trataremos de hacer algo para lograr un cambio en la secuencia. Este modelo me parece que es el que más se adapta al proceso psicoanalítico y nos ofrece una convincente explicación de lo que hacemos. Frente a una determinada configuración del material y de la relación analítica podemos prever lo que va a suceder después (aumentará la angustia y/o la resistencia, por ejemplo) y vamos a tratar de intervenir con la interpretación para que eso no suceda.

¹ La teoría de las posiciones debe entenderse desde tres perspectivas: como una constelación psicopatológica, como fase del desarrollo (explicación genética) y como una estructura, que Bion (1963) expresa con su ecuación de dos miembros: $P \rightleftharpoons D$, la que para Meltzer (1978) configura un principio económico (Cf. *The Kleinian development*, vol. II, cap. 1.)

Como dice Klimovsky, el proceso terapéutico para ser tal tiene que provocar *cambios*, porque si así no fuera no sería un proceso en el sentido de la segunda y tercera acepción; y esos cambios son los que nosotros tratamos de propiciar con la interpretación. Para operar de esta forma en el proceso psicoanalítico tenemos que saber en primer lugar qué situaciones son posibles frente a una determinada configuración en el curso de la hora analítica, decidir después cuál nos parece la preferible (lo que supone un complejo problema axiológico), y, por fin, qué curso de acción habremos de seguir para lograrlo. Por curso de acción se entiende aquí qué interpretación nos parece la más adecuada o qué cosa podríamos hacer en su remplazo si la cuestionáramos.

Sobre la base de este convincente esquema de Klimovsky vamos ahora a pasar revista a las principales teorías que tratan de explicar el proceso psicoanalítico, pero antes voy a detenerme un momento en un problema quizás un poco académico, la naturaleza del proceso analítico, porque estoy convencido que nuestra praxis dependerá siempre, a la corta o a la larga, de cómo lo entendamos.

3. De la naturaleza del proceso psicoanalítico

Cuando tratamos de indagar cuál es la naturaleza del proceso psicoanalítico, esto es, cuál es su esencia o su raíz, llegamos a un punto donde aparecen dos concepciones opuestas y al parecer inconciliables. Para una de ellas, el proceso psicoanalítico surge espontánea y naturalmente de la situación analítica en que analizado y analista quedan ubicados; para la otra, en cambio, el proceso es un artificio, por no decir un artefacto, de las rigurosas condiciones en que se desarrolla el análisis y a las cuales el paciente se tiene que adaptar (o «someter»).

Caracterizadas así, ambas posiciones se presentan como extremas e intemperantes, al parecer sin que haya punto alguno de complemento o convergencia.

Cuando se sostiene que el proceso psicoanalítico es *natural* y se le niega todo tipo de artificio, se está pensando en que la transferencia es un proceso básicamente espontáneo, que hay en todos nosotros una tendencia natural a repetir en el presente las viejas pautas de nuestro remoto pasado infantil, que no es para nada necesario presionar o inducir al analizado para que esto suceda, que nuestro método, en fin, opera siempre *per via di levare* y no *di porre*. Se pasa por alto, ciertamente, que todo proceso donde interviene la mano del hombre es artificial. Como lo define el *Diccionario de la lengua*, «artificio» significa a la vez lo que es producto del arte y el ingenio humano y, en sentido figurado, lo que es falso. En esta discusión, por tanto, no debemos dejarnos llevar por la connotación emocional de los vocablos.

Quienes defienden la otra alternativa, en cambio, y afirman que el proceso analítico es un producto *artificial* de nuestra técnica, *empiezan*

por decir que la relación que impone el setting analítico a los dos participantes de la cura es por demás rígida y convencional, carece de toda espontaneidad y es reconocidamente asimétrica. ¿Qué diálogo puede ser este en que uno de los participantes se acuesta y el otro está sentado, en que uno habla sin que se le permita ampararse en ninguna de las normas de la conversación habitual y el otro permanece impenetrable interpretando por toda respuesta? No, se afirma, el proceso analítico transcurre por caminos tan poco frecuentados que tiene un sello ineludible de artificio. Si no fuera así, si el proceso analítico cursara naturalmente, entonces el pasado tendría que repetirse sin cambios y no habría verdaderamente proceso.

Tal como acabo de exponerlas, las dos posiciones se apoyan en argumentos valederos, pero tienen también sus puntos flacos. Para salir de estas ubicaciones extremas, que no resultan las mejores para discutir, digamos mejor que ciertos autores sostienen que el proceso analítico es *natural* en cuanto busca poner en marcha el *crecimiento mental* detenido por la enfermedad. Hay en el ser humano una potencialidad inherente a crecer, a desarrollarse —ya lo decía Bibring (1937)— y toda nuestra tarea, bien humilde por cierto, sólo consiste en levantar los obstáculos para que ese río heraclítico que es la vida (o la mente) siga su marcha. Nosotros no disponemos de ninguna bomba impelente u otro aparato más moderno que impulse el agua hacia adelante; tampoco lo necesitamos.

Los que no se resignan con esta labor tan poco estimulante, sostienen al contrario que el proceso analítico es por definición *creativo*, original, irrepetible. El analista participa activa y continuamente, cada interpretación impulsa el proceso, lo lleva por nuevos caminos y «hace camino al andar». Lo que el analista diga o no diga, lo que el analista seleccione para interpretar, la forma como interpreta... todo le da al proceso analítico su sello; y de ahí que no haya dos análisis iguales ni ningún analizado sea el mismo para dos analistas.

Los argumentos podrían multiplicarse y, como en todos los temas de controversia, cada bando encontraría cómo ampararse en «lo que dijo Freud». La transferencia, decía Freud en «Recordar, repetir y reelaborar» crea una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, donde la transición desde una a la otra se hace posible. Como afirma Loewald (1968), Freud piensa que esta nueva enfermedad, la neurosis de transferencia, no es un artefacto, sino que deriva, más bien, de la naturaleza libidinal del ser humano (*Papers on psychoanalysis*, pág. 310). Así pues, la neurosis de transferencia es una tierra de nadie entre el artificio y la realidad.

En general, todos los analistas admitimos que el análisis es un proceso de crecimiento y también una experiencia creativa. Todo depende, entonces, a cuál de estos dos aspectos preferimos darle el primer lugar. Yo personalmente me inclino por la primera alternativa y pienso que la esencia del proceso consiste en levantar los obstáculos para que el analizado tome su propio camino. La creación del analista consiste, para mí, en ser capaz de darle a su analizado los instrumentos necesarios para que él solo se oriente y vuelva a ser él mismo. El analista es creativo más por lo que

revela que por lo que crea. Este punto está rigurosamente planteado en el recién citado trabajo de Loewald, que centra la discusión en el nuevo significado que adquiere la enfermedad en la neurosis de transferencia. Darle un nuevo significado a la neurosis de transferencia, dice Loewald, no significa inventar un nuevo significado pero tampoco que meramente se le revela al analizado un significado arcaico, sino que se crea un significado por la interacción entre analista y paciente, interacción que tiene tensiones dinámicas nuevas y engendra motivaciones nuevas, autóctonas y más saludables (*ibid.*, pág. 311). Me parece útil este planteo con tres variantes, pero sigo pensando, como dije en Helsinki (Etchegoyen, 1981b), que el psicoanalista, antes que crearlos, rescata los significados perdidos.

4. Reseña de las principales teorías

De acuerdo con las precisiones de Klimovsky expuestas en el parágrafo 2, podríamos definir ahora el *proceso psicoanalítico* como un devenir temporal de sucesos que se encadenan y tienden a un estado final con la intervención del analista. Digamos para ser más precisos que estos sucesos se relacionan entre sí por fenómenos de regresión y progresión, que el estado al que tienden es la cura (sea esta lo que fuere) y que la intervención del analista consiste básicamente (o exclusivamente) en el acto de interpretar.

Hay varias teorías que tratan de explicar el desarrollo del proceso analítico y de ellas la que a mi juicio goza de mayor predicamento es la *teoría de la regresión terapéutica*. De este tema me ocupé con detenimiento en un trabajo anterior, «Regresión y encuadre» (1979), que será el próximo capítulo de este libro.

Si bien la mayoría de los psicólogos del yo abrazan decididamente la teoría de la regresión en el setting, hay también dentro de esa corriente de pensamiento quienes no la aceptan, como Arlow y Brenner y Calef y Weinshel, entre los principales. Weinshel, como otros psicoanalistas de San Francisco, entiende el proceso analítico a partir de la idea (bien freudiana por cierto) de resistencia. El proceso analítico consiste para Weinshel en resolver las represiones a través del trabajo común de analizado y analista, en el contexto de una relación de objeto que involucra procesos de identificación y transferencia. Ya veremos que, en este contexto, las ideas de regresión y alianza terapéutica no encuentran un lugar teóricamente válido. Todo el razonamiento se apoya en un interesante y poco leído trabajo de Bernfeld, «The fact of observation in psychoanalysis» publicado en 1941. Esto lo veremos en el parágrafo siguiente.

Los analistas kleinianos no se ocuparon nunca demasiado de la teoría de la regresión en el setting, si bien es cierto que el cuerpo de doctrina de esta escuela se presenta como básicamente incompatible con esa explicación.

La propuesta de la escuela kleiniana para dar cuenta de la dinámica

del proceso analítico debe buscarse, a mi juicio, en la angustia de separación. Es evidente que una autora que como Klein postula sin concesiones la relación de objeto de entrada debe apoyarse para entender el proceso, a la corta o a la larga, en una dialéctica del contacto y la separación.

El libro de Meltzer (1967) sobre el proceso analítico está inspirado justamente, como veremos en su momento, en el ritmo de contacto y separación, que se explica convincentemente a partir de la teoría de la identificación proyectiva.

Dentro de los autores poskleinianos, pienso que quien más se ocupó del tema ha sido Winnicott, cuyas ideas transitan por un camino distinto y original. Para este autor, el setting analítico facilita y permite un proceso de regresión que es indispensable para desandar un camino equivocado, para restañar las heridas del desarrollo emocional primitivo.

En su trabajo al Congreso de Londres, André Green (1975) estudia el desarrollo del proceso analítico y señala la presencia de una doble ansiedad para explicarlo, sobre todo en los cuadros fronterizos, a saber: la angustia de separación y la angustia de intrusión, de cuya dialéctica surge la *psychose blanche*.

5. Las observaciones de Weinshel

En un trabajo reciente,² Edward M. Weinshel propone un modelo interesante del proceso analítico a partir del análisis de la resistencia, que es sin duda una constante del pensamiento freudiano, apoyado en ideas de Bernfeld, que tanta influencia tuvo en los últimos años de su vida en los grupos psicoanalíticos del oeste de los Estados Unidos.³

Weinshel toma como punto de partida lo que Freud dice en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c): el analista pone en marcha un proceso, la solución de las represiones existentes, y es capaz de supervisarlo, promoverlo y aliviarlo de obstáculos, no menos que de interferirlo. Una vez iniciado, este proceso sigue su propio camino y no admite que se le imponga una determinada dirección o secuencia. Y, comparándolo con el proceso de la gestación, dice Freud que el proceso psicoanalítico está determinado por complejos sucesos del pasado y termina con la separación del hijo de la madre (*AE*, 12, pág. 132).

Weinshel va a tomar como punto de partida la clara posición de Freud, en cuanto a que el proceso analítico consiste en levantar las represiones existentes, lo que equivale a decir que nuestro trabajo consiste en resolver la resistencia del analizado. De esta forma, el proceso psicoanalítico es algo que se da entre dos personas, analizado y analista, que tra-

² Weinshel presentó su trabajo el 12 de abril de 1983 en su país, y pocos días después en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, donde concurrió por invitación del presidente Pollio. El texto definitivo se ha publicado en *The Psychoanalytic Quarterly*.

³ Bernfeld (1893-1943) llegó a San Francisco en 1937.

bajan conjuntamente y donde habrá relaciones de objeto, identificaciones y trasferencias (1984, pág. 67).

La posición de Freud nunca varió, señala Weinshel, en cuanto a que la base del proceso analítico consiste en superar las resistencias, y ese proceso es lo que lleva al insight a través de la interpretación. De esta forma, Weinshel articula el proceso con las resistencias y estas con la interpretación y el insight. Dentro de este marco teórico, que sin duda la mayoría de los analistas comparte, la transferencia es para nuestro autor el principal vehículo para observar y manejar las resistencias. El trabajo analítico varía en relación inversa a la resistencia y, por esto, la colaboración del paciente fluctúa continuamente. Es sobre esta base que Weinshel cuestiona el concepto de alianza terapéutica (o de trabajo), que no es algo que se consigue de una vez para siempre. La alianza de trabajo se presenta como una estructura relativamente transitoria más que constante, y por esta razón se convierte en un concepto potencialmente confuso y poco útil, sobre todo si se la ve como una entidad psicológica discreta (*ibid.*, pág. 75).

En el poco frecuentado trabajo que Siegfried Bernfeld publicó en el *Journal of Psychology* de 1941, antes citado, encuentra Weinshel los pensamientos que mejor permiten comprender la naturaleza del proceso analítico.

Bernfeld piensa que si queremos descubrir en su raíz el método científico del psicoanálisis debemos partir del modelo de la *conversación ordinaria*, ya que el método científico en general no es más que las técnicas ordinarias hechas más refinadas y verificables (*ibid.*, pág. 75). El psicoanálisis es, para Bernfeld, una conversación especial, donde el paciente tiene que asociar libremente. En un momento dado de esta sofisticada conversación va a aparecer un obstáculo, que es lo que nosotros conceptualizamos como resistencia y Bernfeld llama ocultar un secreto (*the state of hiding a secret*), que puede ceder y seguirse de una confesión (*confession*), facilitada por una intervención (*interference, intervention*) del otro, que en nuestra práctica es la interpretación del analista. Luego de la confesión de su secreto, el analizado puede continuar su conversación. Esto se repite muchas veces, y en esta dialéctica entre secreto y confesión influida por la interpretación del analista consiste para Bernfeld el proceso analítico.

Este enfoque de Bernfeld coincide y amplía sus ideas sobre la interpretación de su trabajo de 1932, que ya tuvimos oportunidad de discutir. Allí Bernfeld definía al psicoanálisis como una ciencia de las huellas. No es ni la interpretación final ni la interpretación funcional el método fundamental del psicoanálisis sino la reconstrucción o interpretación genética, que debe ir en busca de los orígenes a través de las huellas que todavía persisten.⁴ El proceso que se ha de reconstruir dejó determinadas huellas y en su búsqueda se lanza el psicoanalista. De ahí que Bernfeld

⁴ Véase «El concepto de "interpretación" en el psicoanálisis», párag. 3.

compare la labor del analista con la del detective, que trata de recuperar las huellas del criminal. Por esto dice Ekstein (1966) en su interesante estudio de la interpretación: «El detective, como el arqueólogo, trabajan a partir del presente rumbo al pasado y tratan de reconstruir los hechos». ⁵

Vale la pena señalar que, para Bernfeld, la verificación en psicoanálisis no tiene que ver con que la confesión sea real o correcta, esto es con su contenido, sino con que el paciente diga lo que ha estado ocultando. Sin descartar la posibilidad de una confesión falsa, Bernfeld considera que el analista está en una posición ventajosa para verificar si la confesión fue correcta, a poco que pondere adecuadamente los hechos de observación que se le ofrecen según el modelo resistencia-asociación libre. Lo que realmente importa es que el paciente haya confesado su secreto. Por esto es que Weinshel piensa que el proceso analítico debe definirse más por el trabajo (de superar las resistencias) que por sus objetivos.

Como tuve oportunidad de decirle a Weinshel en Buenos Aires, coincido con su concepción del proceso analítico como un trabajo que realizan juntos el analizado y el analista para vencer las resistencias pero no con el esquema metodológico de Bernfeld.

Aparte de que me parece que la distancia entre la conversación ordinaria y el diálogo psicoanalítico es demasiado larga para que las podamos poner en una misma clase, pienso también que el modelo secreto-confesión no es el que mejor se adapta a la técnica psicoanalítica. Creo que la palabra secreto es aplicable a lo conciente (o a lo sumo a lo preconciente) pero no al inconciente sistémico, que es el área estricta de nuestro trabajo.

Por otra parte, dejando de lado el esquema de Bernfeld, y yendo a la misma concepción de Weinshel, el énfasis en las resistencias no siempre parece hacer justicia a la complejidad del proceso analítico, donde la resistencia y lo reprimido configuran un inextricable par dialéctico y no deben separarse tajantemente.

Hay que tener en cuenta, por último, que las ideas mismas de secreto, confesión y resistencia van a ir adquiriendo significados especiales durante el curso del proceso y ya no podremos, entonces, operar con ellas limpiamente. Tendremos que analizar las fantasías que las están recubriendo, abandonando consiguientemente, al menos ese momento, la dialéctica de Bernfeld y sus discípulos.

Vale la pena recordar aquí lo que ha dicho Giovacchini (1972a) sobre las resistencias. Analizar las resistencias no es lo mismo que vencerlas o superarlas, ya que esta actitud puede crear una atmósfera restrictiva y moralizante que no es buena para el proceso analítico y menos en los pacientes más graves.

Las ideas de Weinshel, en fin, parecen ser más aplicables para el caso neurótico que para los más severos.

⁵ Ekstein (1966), «La naturaleza del proceso interpretativo», pág. 180.

40. Regresión y encuadre*

El propósito de este capítulo es estudiar cómo se relacionan el encuadre y la regresión en el proceso psicoanalítico. Es este, a mi juicio, un problema de gran densidad teórica al que no todos los investigadores dan igual importancia. Cuando se lo contempla desde la práctica de todos los días, resulta simple y sin complicaciones: es inherente al proceso analítico que haya momentos de regresión, y con ellos se enfrenta de continuo el analista. De esta forma, aceptamos sin más que el proceso tiene que ver con la regresión y lo consideramos un hecho empírico que no propone mayor reflexión teórica. Y sin embargo, a poco que se discuta el nexo causal entre regresión y encuadre, nos hallamos de pronto en el centro de las grandes líneas del pensamiento psicoanalítico contemporáneo.

Quienes más meditaron sobre este tema han sido sin duda los psicólogos del yo. A ellos no se les podría nunca criticar por no haber fijado su posición. Apoyados lúcidamente en sus propias ideas, y con una gran coherencia entre la teoría y la práctica, definen el problema y lo consideran fundamental. Otras escuelas, sin embargo, no parecen haberle dedicado una atención suficiente.

La regresión en el proceso psicoanalítico fue el tema oficial del VII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, reunido en Bogotá en 1969. Fueron relatores argentinos Avenburg, Madelaine Baranger, Giuliana Smolensky de Dellarossa, Rolla y Zac. Si bien los autores mismos reconocen de entrada las diferencias teóricas que los separan, coinciden en que existe una regresión «que contribuye al proceso, que lo constituye en parte y es parte intrínseca e imprescindible de él». Distinguen dos tipos de regresión, la regresión patológica característica de la enfermedad que trae el paciente al tratamiento y tiene un carácter eminentemente defensivo y la regresión útil, operativa o al servicio del yo que favorece la tarea terapéutica.

Poco después del relato de Bogotá, e inspirado en él, Ricardo Avenburg (1969) estudió minuciosamente el tema de la regresión en el proceso analítico en la obra de Freud, para demostrar que no aparece explícitamente desarrollado.

Digamos desde ya que, dentro del pensamiento freudiano, los con-

* Reproduzco con ligeras modificaciones el trabajo que leí en el Ateneo de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires el 9 de octubre de 1979, que apareció en el volumen I de *Psicoanálisis* ese mismo año. Algunas citas del original se hacen con más detalle esta vez y, salvando una omisión de la versión anterior, agrego un párrafo comentando a Arlow y Brenner (1964), cuyas ideas principales comparto.

ceptos de fijación y regresión son la clave explicativa de la psicopatología; pero no fueron nunca transportados a la situación analítica. Freud aplica el concepto de regresión exclusivamente a la enfermedad y no a la terapia. Recordemos por ejemplo cuando expresa vivamente en «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b) que es un requisito indispensable para la aparición de una neurosis que la libido tome un curso regresivo, mientras que el tratamiento analítico la sigue, la rastrea y busca hacerla conciente para ponerla al servicio de la realidad.¹

1. La regresión terapéutica

Es bien sabido que muchos psicólogos del yo afirman rotundamente, que el proceso analítico es de naturaleza regresiva, que tal regresión se produce como respuesta al setting y es la condición necesaria para que se constituya una neurosis de transferencia analizable. Con matices diferentes, esta opinión se encuentra en casi todos los cultores de la psicología del yo del Nuevo y el Viejo Mundo, así como también en muchos otros investigadores que no pertenecen a esa escuela.

Para entender la teoría de la regresión terapéutica de la psicología del yo tenemos que tomar en cuenta principalmente dos factores: primero (y principal a mi juicio), el concepto de *autonomía secundaria* de Hartmann (1939); segundo, la función del encuadre.

Si releemos con atención «The autonomy of the ego» de David Rapaport (1951), vamos a ver claramente expuesto el principio de la autonomía secundaria, sobre todo en el párrafo IV. Los aparatos de control que surgen del conflicto pueden hacerse independientes de su fuente de origen, y esto lo sabemos por de pronto porque en nuestra tarea terapéutica encontramos defensas que no conseguimos derribar a pesar de que el análisis se prolongue mucho tiempo. Aparte de esta consideración práctica, Rapaport insiste en que toda actitud contrafóbica y toda formación reactiva llevan concomitantemente un *valor de motivación* (*motivating value*) que, aunque surgió del conflicto, no se pierde en un análisis bien logrado. En suma, lo que se produjo como resultado del conflicto, a la corta o a la larga se puede independizar de él, se puede volver relativamente autónomo.

En el párrafo V del mismo trabajo, Rapaport diferencia, dentro de una misma formación psíquica, el aspecto autónomo de este valor de motivación del aspecto defensivo. La conclusión de Rapaport es que, como la autonomía secundaria es siempre relativa, el analista debe respetarla cuidadosamente para no provocar un proceso regresivo, que hasta

¹ «La libido (en todo o en parte) se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imágenes infantiles». Y bien, hacia allí sigue la cura analítica, que quiere pillarla, volverla de nuevo susceptible a la conciencia y, por último, ponerla al servicio de la realidad objetiva» (AA, 12, pág. 100).

puede llevar a la psicosis. Es pues ineludible que el analista trate la defensa involucrada en el conflicto sin atacar la autonomía del valor de motivación. Así por ejemplo, una interpretación directa del sentido agresivo de la independencia reactiva desencadenó en un caso fronterizo un cuadro de excitación catatónica (*ibid.*, pág. 366).

Rapaport concluye «que la autonomía, y en particular la autonomía secundaria, es siempre relativa, y que la embestida de la motivación pulsional puede revertir la autonomía, sobre todo si no queda bajo el contralor de la ayuda terapéutica o si la favorece una actividad terapéutica excesiva, provocando un estado psicótico regresivo en el cual el paciente queda a la merced de sus impulsos instintivos en una extensión demasiado grande» (*ibid.*).

Como he procurado mostrar al hablar de alianza terapéutica (capítulo 18) y también en las lecciones sobre interpretación (especialmente el capítulo 25), las interpretaciones que tanto teme Rapaport no son en realidad tales sino maniobras descalificatorias del analista por ignorancia o por conflictos muy fuertes de contratrasferencia. Otras veces se trata de una reacción terapéutica negativa del analizado que busca dejar en falta al analista.

En la misma línea de pensamiento se coloca Elizabeth R. Zetzel (1956a), cuando dice en su ya clásico trabajo «Current concepts of transference», que la neurosis de transferencia se desarrolla *después* de que las defensas del yo han sido suficientemente socavadas para que se movilicen los conflictos instintivos ocultos hasta entonces (pág. 371). En la misma página dice la autora que la hipótesis de los psicólogos del yo es que, en el curso del desarrollo, la energía instintiva al alcance del yo maduro ha sido neutralizada y divorciada en forma relativa o absoluta del significado de las fantasías inconcientes, y así se presenta el analizado al comienzo del análisis.

En «El proceso analítico», presentado al II Congreso Panamericano de Psicoanálisis, reunido en Buenos Aires en 1966, dice la misma autora: «Según nuestro punto de vista, la neurosis trasfereencial depende de la regresión y la concomitante modificación de las defensas automáticas inconcientes que abre áreas que eran anteriormente inaccesibles».²

El segundo factor a tener en cuenta para entender la teoría de la regresión terapéutica de la psicología del yo es la afirmación de que el encuadre en que se desarrolla el tratamiento psicoanalítico promueve el fenómeno de la regresión. Esta nueva teoría, que desde luego busca su apoyatura en la clínica, hace juego con la anterior y es su corolario. Si la neurosis de transferencia depende de la regresión, ¿de qué manera se podría tratar a un paciente si no fuera gracias a algún artificio que produzca un desequilibrio en su autonomía secundaria? Digo esto porque pienso que esta necesidad de la teoría gravita en la apreciación de los hechos clínicos en que estos autores se apoyan.

El tratamiento psicoanalítico en cuanto tarea que el analista le propo-

² *Psicoanálisis en las Américas*, 1968, pág. 73.

ne al paciente exige pues un pesado esfuerzo, que se resuelve mediante un mecanismo de defensa específico, la regresión. La atmósfera analítica pone en tensión toda la estructura psicológica del analizado, y de ello resulta un proceso regresivo. (Ya nos enseñó Freud en el capítulo XXII de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* [1916-17], por ejemplo, que el conflicto actual surge de una privación que pone en marcha un proceso regresivo.) Este proceso de regresión, se afirma, es distinto a los que puede sufrir el individuo en su vida de relación; y esta diferencia radica en el setting donde tiene lugar.

Los psicólogos del yo piensan que el encuadre fue diseñado por Freud justamente para provocar la regresión del paciente y para que pueda ser regulada por el analista.

Dejando a salvo diferencias personales que a veces llegan a ser importantes, todos ellos piensan que el encuadre implica privación sensorial, frustración afectiva, limitación del mundo objetal y ambiente infantil.

Volvamos a citar a la doctora Zetzel en su relato al II Congreso, y en la misma página: «El silencio del analista, como ya se sabe, es un factor importante en esta regresión». Y agrega que la actividad del analista, en cambio, «tiende a minimizar la regresión debido a su impacto sensorial», porque es posible que «una intervención activa desde el comienzo, cualquiera que sea su contenido, sea principalmente significativa como experiencia sensorial que limita la regresión en la situación analítica».

La privación sensorial no sólo se refiere a lo auditivo sino también a lo visual, de ahí que «el silencio del analista, lo mismo que su temporaria invisibilidad, siguen siendo para muchos analistas un rasgo indispensable del proceso analítico» (siempre pág. 73).

Aquí, nuevamente vamos a encontrar en Rapaport algunos fundamentos teóricos para estas afirmaciones. En «The theory of ego autonomy: a generalization» (1957), apoyado en hechos experimentales, afirma que la privación sensorial (en habitaciones perfectamente oscuras y a prueba de ruido —señalémoslo—) desencadena en los sujetos fantasías autísticas y profundos fenómenos regresivos (parág. III, pág. 727).

Entienden además estos autores que la atmósfera de privación en que necesariamente tiene que realizarse el análisis, la reserva del analista, la asimetría de la relación, etc., son factores que condicionan el proceso regresivo, en cuanto limitan o anulan la relación de objeto.

Por fin, muchos si no todos los autores que estamos considerando piensan, como Ida Macalpine (1950) y Menninger (1958), que la regresión se debe a que el encuadre (valga el neologismo) *infantiliza* al paciente.

Ida Macalpine sostiene que (casi) todos los elementos del encuadre conducen inevitablemente a la regresión. Digo *casi* porque esta autora se pregunta por qué la atmósfera permisiva del análisis *no impide* la regresión. Ha un punto que, efectivamente, no puede explicar su teoría y en donde va a hacerle firme Winnicott (1958), para desarrollar su original enfoque de la regresión como un proceso *curativo*, que el encuadre hace posible ofreciendo al analizado condiciones altamente favorables para replantear y resolver las fracturas de su desarrollo.

Volviendo a Macalpine, deseo subrayar que la regresión en que ella piensa es fundamentalmente una regresión temporal, cronológica, en cuanto considera que el encuadre *infantiliza* al paciente. Vale la pena reflexionar sobre los quince ítem que ofrece la autora para apoyar su tesis: la limitación del mundo objetal (coincidiendo con los otros autores citados), la constancia del ambiente, la fijeza de las rutinas analíticas que le recuerdan las estrictas rutinas de la infancia (aunque podrían recordarle también las no menos estrictas rutinas de la vida adulta), el hecho de que el analista no conteste, las interpretaciones de nivel infantil que estimulan conductas del mismo tipo, la disminución de la responsabilidad personal en la sesión analítica, el elemento mágico de toda relación médico-paciente que es en sí mismo un factor fuertemente infantil, la asociación libre que suelta la fantasía del contralor conciente, la autoridad del analista como padre, la atemporalidad del inconciente, etcétera. Apenas si es necesario destacar que algunos de estos ítem se deben al analizado y no al encuadre, de modo que militan en realidad contra la tesis de la autora. Me refiero al elemento mágico de la relación médico-paciente, la autoridad paterna del analista, la atemporalidad del inconciente.

Seducido y frustrado, el paciente de Macalpine se divorcia más y más del principio de la realidad y se deja arrastrar por el principio del placer.

La posición de Ida Macalpine es extrema, y a mi juicio harto rebatible; pero autores más moderados opinan básicamente de la misma forma. Joseph Sandler, destacado discípulo de Anna Freud, en el documentado libro escrito en colaboración con Dare y Holder (1973), da a la palabra regresión el sentido específico de surgimiento de experiencias pasadas, a menudo infantiles, que aparecen como una característica del proceso analítico (págs. 25 de la ed. inglesa y 20 de la ed. cast.).

Otro líder científico de la psicología del yo, Hans W. Loewald, parte de principios distintos en su famoso trabajo de 1960, pero se ve conducido a las mismas conclusiones. Loewald afirma que el proceso analítico se propone que el yo reasuma su desarrollo (interferido por la enfermedad) en relación con el analista como nuevo objeto. Concluye acto seguido, sin embargo, que esto se logra por la promoción y utilización de una regresión controlada. Esta regresión es un aspecto importante para poder entender la neurosis de transferencia (pág. 17).

A pesar de sus conocidos desacuerdos con la psicología hartmaniana, también Lacan (1958) acepta plenamente la teoría de la regresión terapéutica. Básicamente de acuerdo con el estudio de Macalpine, al que califica de excepcional por su perspicacia (*Ecrits*, pág. 603), sólo difiere en que no es la falta de relación de objeto sino la *demand*a lo que crea la regresión (*ibid.*, pág. 617). El analista se calla y con esto frustra al hablante, ya que lo que este le pide es, justamente, que le responda. Subemos que, en efecto, Lacan y su escuela se caracterizan por un riguroso silencio en la situación analítica, que a mi juicio opera como un artefacto. Si no lo entiendo mal, esto mismo afirma Lacan cuando dice que con la oferta (de hablar) ha creado la demanda (*ibid.*)

Con razonamientos similares a los de Lacan, esto es, las expectativas que se despiertan en el analizado por el silencio del analista, explica Menninger (1958), la regresión en el proceso psicoanalítico.

Similar a la de Lacan y Menninger es la actitud de Reik, según el cual el silencio es un factor decisivo para que se instituya la situación analítica despertando en el analizado la obsesión de confesar.³ Lo que Reik agrega sin decirlo es la función de artefacto que cumple el analista que se ha puesto mudo.

Junto con la doctora Zetzel, fueron relatores del Panamericano de Buenos Aires cinco autores argentinos, Grinberg, Marie Langer, Liberman y los esposos Rodrigué (1966a). Con un distinto enfoque que el de la gran analista de Boston, estos autores entienden el proceso analítico en la dialéctica de progreso y regresión (una idea que inspira mis propias reflexiones), y se apoyan en el concepto de regresión al servicio del yo de Kris (1936, 1938, 1950, 1956a); pero mantienen finalmente que el encuadre *infantiliza* al paciente (pág. 100), sin dar el paso que yo voy a intentar dentro de un momento.⁴

Antes quiero mencionar el acuerdo de David Liberman (1976a) con Ida Macalpine en cuanto a la importancia de la atmósfera analítica en la producción de la regresión trasfereñal. Liberman se declara muy cerca de Macalpine en su manera de concebir el desarrollo de la transferencia, si bien no deja de subrayar que esa autora señala que el paciente trae al análisis su disposición a transferir (capítulo V, págs. 97-8). Lo que más interesa al enfoque interaccional de Liberman no es, por cierto, dar cuenta de la naturaleza de la regresión trasfereñal sino demostrar que los comportamientos del paciente durante la sesión «dependerán de los comportamientos que el analista tiene para con él» (pág. 114). Esto mismo podría explicarse, sin embargo, por la relación transferencia-contratransferencia en los parámetros de progresión y regresión, sin el apoyo de Macalpine y la regresión en el setting.

Por último, deseo destacar que en «El proceso didáctico en psicoanálisis», trabajo leído en el Pre-Congreso Didáctico de México (1978), la doctora Katz señala lúcidamente que la disposición a transferir propia de cualquier persona se observa en *todo* proceso docente, mientras que el estudiante de psicoanálisis —que desde luego no escapa a esta regla— «tiene la ventaja de tratar de descubrir las raíces de sus conductas y ansiedades para ir las modificando y para ir logrando la posibilidad de facilitar su aprendizaje». Coincido por completo con este punto de vista.

³ Véase, por ejemplo, «In the beginning is silence» y «La significación psicológica del silencio».

⁴ Estos autores dicen, además, que hay otro aspecto de la situación analítica que también induce a la regresión y es el *holding*, que reproduce la buena relación del analizado con el analista que lo sostiene y ampara. Y agregan: «La regresión útil en el progreso del proceso analítico proviene, creemos, de este segundo aspecto de la situación analítica» (pág. 100).

2. Discusión

Para empezar la discusión de la teoría que acabo de exponer me dirigiré resueltamente al punto decisivo y diré que la regresión en el proceso psicoanalítico tiene que ver con la enfermedad y no con el encuadre. El paciente *viene* con su regresión, su enfermedad *es* la regresión.

El encuadre no la fomenta, la regresión ya está; lo que hace el encuadre es detectarla y contenerla. Por ello pienso que el concepto de *holding* de Winnicott (1958, *pássim*) o *conteniente* de los autores klenianos es valedero para explicar la dinámica del proceso analítico.

Quiero ser preciso: el tratamiento psicoanalítico no promueve la regresión más allá del coeficiente entre equilibrio y desequilibrio emocional de la persona que lo enfrenta, como podrían hacerlo para el caso otras experiencias vitales significativas y difíciles (casamiento o divorcio, examen, nombramiento en un cargo importante, nacimiento o muerte en la familia).

Examinemos con más detenimiento los factores del encuadre que condicionan la regresión, empezando por la privación sensorial. Toda tarea que requiere esfuerzo y concentración mental trata de evitar los estímulos que la perturben. Son las condiciones que nos procuramos cuando queremos leer, escuchar música o mantener una conversación seria. Si en estos casos se produce una regresión no la vamos a atribuir a la atmósfera de recogimiento sino a la psicopatología del sujeto. Para comprenderlo así basta pensar en el adolescente que se masturba en el silencio de su cuarto de estudios o el creyente que tiene pensamientos profanos en el sereno ambiente de su iglesia.

Por otra parte, la privación sensorial es muy difícil de cuantificar, y hay que preguntarse si al hacerlo no se incurre en una petición de principios. Recuerdo un momento grato que nos procuró el sano humorismo de un colega norteamericano en el Congreso Panamericano de Nueva York de 1969, cuando la doctora Zetzel y yo relatamos *la primera sesión de análisis*. Yo llevé un caso⁵ de los que había iniciado recientemente al llegar a Buenos Aires; ella el material de un supervisado. Discutíamos sobre la privación sensorial y las interpretaciones en la primera sesión, cuando aquel colega señaló que las intervenciones del analista de Boston eran tres veces más numerosas que las mías!

De la mano con la sensorial va la privación del mundo objetal, que comprende dos casos, cuando el analista está en silencio o cuando habla. El analista está siempre presente en la sesión, ya que aunque esté callado está escuchando. El analizado puede considerar ese silencio como privación si decide que la atención del analista no le basta; pero esto es ya un rendimiento de su fantasía. En los casos extremos, como la técnica de Reik, de Lacan o de Menninger, opera un artefacto como dije antes: estos autores callan para forzar la regresión. Si el analista está mudo para que el paciente regrese, entonces el analizado hace muy bien en regresar, es

⁵ *Revista de Psicoanálisis*, 1971.

decir en buscar otro medio de comunicación al ver que no le sirve la palabra. Sólo que entonces ya no podremos hablar de regresión trasfereencial sino, al contrario, de una conducta real que responde a las propuestas del no-interlocutor.⁶ El analista es el muerto, no se cansa de decir Lacan, comparando el proceso analítico con el bridge.

En el otro caso, cuando el analista habla e interpreta la neurosis trasfereencial está claro que no hay más privación del mundo objetual que la surgida de los deseos edípicos y pregenitales. Si quisiéramos hablar en términos de la disociación del yo y la alianza terapéutica de Sterba (1934), Fenichel (1941), Bibring (1954), Zetzel (1956a), Stone (1961), Greenson (1965a) y otros diríamos que el yo vivencial sufre la privación de su objeto edípico, mientras el yo observador goza de una plena relación objetual con el analista que trabaja.

¿Qué decir de la frustración afectiva y el ambiente infantil (o *infantilizante*)? A veces los analistas olvidamos que la frustración es algo que sólo se puede definir en un contexto determinado y es, al mismo tiempo, una *opinión* del sujeto. Los criterios en que nos apoyamos para decir que el encuadre frustra se ubican siempre en el contexto infantil, se someten enteramente al principio de placer del paciente, olvidados del principio de realidad; o, viceversa, definen la frustración objetivamente, desde afuera. Lo que el encuadre frustra son determinadas fantasías infantiles, es decir regresivas, y en modo alguno el deseo real y básico por el cual una persona emprende el tratamiento, el de ser analizado. Recuerdo la ocurrencia de una joven analizada en los comienzos de mi práctica, después de encontrarse casualmente con mi mujer. Se puso muy celosa, declaró sin ambages que quería ser ella mi mujer y acostarse conmigo, y de pronto acotó: «Me imagino que a su mujer usted no la analizará». La «frustración» de aquella muchacha, pues, surgía de sus deseos edípicos, no de la realidad de la situación analítica. (Del mismo modo, cualquier esposa de analista podría «sentirse frustrada» por no ser la analizada de su marido.)

Se insiste también mucho que el diván analítico, el diálogo asimétrico y la reserva del analista no pueden sino fomentar la regresión. Se vuelve a confundir también aquí la realidad objetiva con las fantasías y los deseos infantiles del paciente. La confusión de la realidad objetiva con la realidad psíquica, con la vida de fantasía es, quizás, el punto más débil de toda la argumentación de Macalpine. Si le digo a una persona que tiene que reclinarse en un diván para realizar determinada tarea (analizarla, auscultarla o palparla, darle un masaje, etcétera), que piense en una *escena* de violación es cosa de ella.

Vale la pena señalar que los hechos empíricos confirman continuamente estas consideraciones generales.

Deseo recordar dos anécdotas de mi práctica. En una tenía treinta años; la otra es reciente. Entre mis primeros enfermos tuve una mujer algo mayor que yo, del mismo nombre que una de mis pequeñas hijas (1).

⁶ Racker lo ha dicho con justicia al criticar el mutismo de Reik no sólo como artefacto sino también como patología (1966, esp. pág. 45).

con una florida historia de aquellas de Charcot. En unos tres meses de tratamiento cara a cara dos veces por semana mejoró notoriamente y yo estaba muy satisfecho. Le interpretaba el sentido de sus síntomas, preferentemente en términos de la rivalidad con las hermanas (creo recordar), con algunas cautelosas referencias a su complejo de Edipo con los padres. La transferencia no se veía por ninguna parte. En ese tiempo compré mi diván. A la sesión siguiente le dije que sería mejor para su tratamiento que se recostara y hablara como siempre. Se acostó, quedó un breve tiempo en silencio y empezó una crisis de gran mal histérico por el estadio de los movimientos pasionales: suspiraba, hacía gestos eróticos y se subía las polleras; de pronto se levantó como una flecha y se arrojó a mis brazos queriendo besarme. Salí como pude de aquel mal trance, logré que se sentara en mi immaculado diván y, más compuesto, le pregunté qué había pasado. Me dijo que creyó que yo la invitaba a tener relaciones sexuales. Hacía ya mucho que se había enamorado de mí; pero no se animaba a confesármelo. Al estar los dos frente a frente, al mirar esos ojos que yo tengo (*sic*), ¡cómo no se iba a enamorar! Aquí pues, fue la posición frente a frente lo que desencadenó el amor de transferencia. Con más de treinta años de retraso podría ahora interpretar que si yo la había enamorado mirándola cara a cara, ¿por qué no pensó que eran realmente ciertas mis palabras cuando le dije que se acostara en el diván para que su tratamiento se desarrollara en mejores condiciones? Pero no, para ella sentada o acostada era lo mismo; no era el encuadre sino el complejo de Edipo lo que alimentaba su deseo.

Hace unos años me pidió con urgencia una hora de supervisión un residente que había comenzado su análisis didáctico pero no era todavía candidato. Tenía un homosexual en tratamiento cara a cara cinco veces por semana (!). Era psicoterapia, me aclaró, y hasta su mismo analista le había sugerido que no usara el diván. Su paciente le había pedido, sin embargo, seguir el tratamiento acostado porque la posición cara a cara le despertaba fantasías homosexuales que ya le resultaban insoportables. El novel colega accedió y ahora venía muy preocupado porque su analista le había interpretado esta decisión como un acting out, como un deseo de ver analista antes de tiempo. Lo único que iba a lograr, agregó el didacta, es que el paciente hiciera una regresión homosexual que le sería imposible manejar. Así pues, vemos cómo los analistas a veces escuchamos más a nuestras teorías que a los pacientes.⁷

Cuando describe la histérica no analizable en el Simposio de Copenhagen, Zetzel (1968) la caracteriza, entre otras cosas, porque presenta fenómenos de transferencia regresiva ya durante las entrevistas y antes de ocupar el diván. En otras palabras, la regresión depende del grado de enfermedad, no del setting.

Recientemente me comentaba Pablo Grinfeld (comunicación personal) una experiencia similar, aunque allí se ve que es justamente la conducta del analista en su setting lo que contiene la regresión. Después de mejorar

⁷ La anécdota era en realidad más convincente, pero sólo así puedo hacerla pública.

apreciablemente con varios años de análisis, le decía una analizada: «Yo le agradezco todo lo que hace por mí, su técnica y la forma en que usted me trata; pero más le agradezco que me haya hecho acostar en el diván, ahorrándome así la tortura de los deseos eróticos que me asediaron en mis dos tratamientos cara a cara». También esta sincera enferma, por lo visto, atribuía sus fantasías eróticas al encuadre de estar sentada, sin pensar que en este tratamiento no se repitió el insoluble amor de transferencia de los anteriores porque el analista lo interpretó sistemáticamente y sin dilación desde el comienzo, hasta desenmascarar los aspectos homosexuales del complejo de Edipo que encubría la transferencia erótica genital.

Se afirma reiteradamente que la asociación libre invita a la regresión. Esto depende de cómo se introduzca y sobre todo de cómo se piense la regla fundamental.

En el capítulo II de *El yo y los mecanismos de defensa*, dice Anna Freud (1936) que mientras en la hipnosis del método catártico el yo quedaba excluido, en la asociación libre del psicoanálisis se le exige que se elimine por sí mismo suspendiendo toda crítica a las ideas que se le ocurran, descuidando la conexión lógica entre las mismas. A primera vista, parece que esta invitación a la asociación libre fomenta la regresión. Sin embargo, como sigue Anna Freud, «la concesión sólo es válida para transformar los contenidos en representaciones verbales, mas no para actuar a través del aparato motor, intención que mueve a tales contenidos al emerger a la conciencia» (pág. 28 de la trad. castellana de 1949).⁸ Se olvida a menudo que la asociación libre, en cuanto verbalización, implica el ejercicio del proceso secundario. Por otra parte, tampoco es del todo exacto que con la asociación libre se le pide al yo que se autoelimine: se le pide, más bien, al modo de la reducción eidética de Hüsserl, que preste atención a todo lo emergente en la conciencia y haga el esfuerzo responsable y voluntario de comunicarlo. La regla fundamental no es sólo una invitación a poner en libertad el proceso primario sino también una exigencia, desde la perspectiva de la alianza terapéutica. Allí donde el obsesivo dudará sobre lo que tiene que comunicar y cómo debe hacerlo, el depresivo se sentirá frente a un problema de conciencia a poco que se le ocurran cosas hirientes y el psicópata entenderá que le hemos dado piedra libre para insultarnos. No sólo el ello, sino también el yo y el superyó están involucrados en la asociación libre. Todo analista sabe que el paciente se acerca al inalcanzable ideal de la asociación libre cuando está próximo al fin del tratamiento y no cuando lo empieza. En otras palabras, sólo el yo sano puede cumplir, y a duras penas, la regla fundamental.

Siguiendo de cerca las ideas de Kris, dice Hartmann (1952) que sólo el yo adulto puede descartar en un momento dado alguna de sus altas funciones; y es justamente por no poder usar este mecanismo (entre otras razones) que el niño no puede asociar libremente (*Essays*, pág. 178).

⁸ «The warrant is valid only for their translation into word representations; it does not entitle them to take control of the motor apparatus, which is their real purpose in emerging» (*Writings*, vol. 1, pág. 11).

Nada tal vez mejor para terminar esta breve discusión de los factores del setting que se invocan para explicar la regresión que citar a uno de los más destacados defensores de esta teoría, Ralph R. Greenson (1967). Malcalpine y otros autores, dice Greenson, han señalado de qué manera ciertos elementos del encuadre y del procedimiento analítico promueven la regresión y la neurosis de transferencia. «Algunos de estos mismos elementos ayudan también en la formación de la alianza de trabajo» (*ibid.*, pág. 208). Así, por ejemplo, la frecuencia de las sesiones y la duración del tratamiento analítico no sólo estimulan la regresión sino que indican, también, el alto rango de sus objetivos y la importancia de una comunicación íntima y detallada. El diván y el silencio ofrecen oportunidad para la reflexión y para la introspección tanto como para la producción de fantasías.

Si los mismos elementos fomentan la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica, ¿no sería más lógico dejar de invocarlos?

Dijimos que la base teórica en que apoya la teoría de la regresión terapéutica es el concepto de autonomía secundaria de Hartmann, y a él vamos a referirnos a continuación para ver qué fundamentos presta a la teoría que estamos considerando.

Hemos visto que Rapaport (1951) sostiene que la autonomía secundaria es siempre relativa y advierte que puede revertirse, un punto que siempre remarcó el propio Hartmann. Divide el yo en dos sectores y recomienda que el analista analice la defensa involucrada en el conflicto sin atacar la autonomía del valor de motivación, si no quiere promover un proceso regresivo.

La preocupación teórica principal en ese trabajo es, pues, señalar dos partes del yo que se ofrecen a la tarea clínica y a la interpretación, la que cuando se extravía puede provocar una indeseable regresión. De esta forma quedan planteadas dos preguntas: qué parte del yo debe emprender el camino regresivo en la neurosis de transferencia y con qué tipo de regresión.

Son interrogantes a los que Elizabeth R. Zetzel responde en su trabajo de 1965, donde trata de reformular el significado de la regresión en la situación analítica en términos de las distintas unidades funcionales del yo, del conflicto intrasistémico, como lo sugirió Hartmann en su «Technical implications of Ego Psychology» en 1951; y postula un *sistema cerrado* donde se acantonan las fantasías, los deseos y los recuerdos cuya emergencia determina una situación interna de peligro (1965, pág. 40). La regresión terapéutica consiste en reabrir ese sistema cerrado, al compás de la disminución gradual de las defensas inconcientes y automáticas del yo. Habría que demostrar primero que ese sistema existe y después que la llave que lo abre es la regresión. ¿Por qué no pensar que es la interpretación la mejor llave para penetrar ese tipo de defensa?

En este punto nuestra autora se ve llevada a distinguir la regresión que involucra al yo defensivo y los contenidos instintivos correspondientes y la regresión que socava las capacidades básicas del yo (*ibid.*, pág. 41).

Todo me hace pensar que la doctora Zetzel se está refiriendo aquí a las dos partes del yo del trabajo de Rapaport, ya que su razonamiento se

apoya de inmediato en el concepto de autonomía secundaria. A lo largo de sus *Essays on ego psychology* (1964), Hartmann sostiene que las áreas del yo que alcanzan la autonomía secundaria son más estables que las defensas del yo, si bien no duda que en determinadas circunstancias pueden disolverse, pueden regresar, perdiendo su cualidad principal, la de operar con energía ligada, neutralizada. Este daño regresivo de la autonomía secundaria frente a situaciones de tensión debe ser cuidadosamente separado de la regresión instintiva, correlato indispensable del análisis de la transferencia (Zetzel, 1965, pág. 46).

Una vez que se ha llegado a diferenciar la autonomía secundaria de la regresión instintiva para explicar (o justificar) la regresión terapéutica, no es de extrañar que se califique a esta última de regresión al servicio del yo, siguiendo a Kris (1936, 1950, 1956a).

Sin embargo, el concepto de regresión al servicio del yo nada tiene que ver, a mi criterio, con la teoría de la regresión terapéutica. Es ante todo una regresión formal que va del proceso secundario al primario y vuelve de este a aquel, y no la regresión temporal que nos lleva desde el diván psicoanalítico a los primeros años de la vida. La regresión al servicio del yo supone que los procesos mentales preconcientes (que son el punto de mira de la penetrante investigación de Kris) se vitalizan de continuo volviendo por un momento a la fuente, esto es al proceso primario. Es una regresión formal y tópica, pero no tiene, por definición, temporalidad. La regresión en el setting, en cambio, se ha definido implícitamente como temporal y explícitamente como defensiva.

La doctora Zetzel concluye que es necesario diferenciar el *yo defensivo* que debe regresar y el *yo autónomo* que debe mantener su capacidad para una relación consistente con los objetos.⁹ De esta forma, se tiene que postular la existencia de un conflicto intrasistémico entre el yo de la autonomía secundaria y el yo defensivo.

Al llegar a este punto, sin embargo, se puede apreciar que toda la teoría pierde consistencia en cuanto tiene que renunciar al concepto de autonomía secundaria y recurrir a la hipótesis *ad hoc* del sistema cerrado. Porque este yo defensivo que «debe» regresar (y yo me pregunto cómo hay que hacer con la técnica analítica para que se cumpla esta orden) no necesita hacerlo en absoluto porque ya está en regresión: opera con energía libre (y no ligada), utiliza el proceso primario, se vincula con objetos infantiles edípicos o preedípicos, se maneja con mecanismos de defensa arcaicos, etcétera.¹⁰

⁹ «Such a dual approach implies a developmental differentiation between the defensive ego which must regress and the autonomous ego which must retain the capacity for consistent object relations» (*ibid.*, pág. 50). La estructura de esta oración expresa el trasfondo preceptivo de la teoría.

¹⁰ De este tema nos ocupamos también en el capítulo 18, «La alianza terapéutica desde Wiesbaden a (Vinebra)».

3. Comentario

Como los procesos vitales que se estudian en biología, psicología y sociología, el análisis se desarrolla siempre con avances y retrocesos que se alternan y contraponen. Este curso le es propio, no lo crea el encuadre. En términos generales, podemos considerar que este opera como *conflicto actual*, mientras que la *disposición* del paciente dará cuenta de los fenómenos regresivos que van apareciendo, según la serie complementaria. En cambio, la actividad interpretativa del analista, si es acertada, lleva en general el proceso hacia adelante en términos de crecimiento, integración o cura (a no ser que el paciente responda en forma paradójica, como en la reacción terapéutica negativa). Es esto lo específico del análisis, porque el conflicto actual con el encuadre no es más significativo que cualquier otro de la vida real. No hago aquí otra cosa que aplicar el concepto freudiano de la primacía del *conflicto infantil* en la explicación de las neurosis.

La diferencia radical entre la experiencia del análisis y otras de la vida cotidiana reside en que la conducta patológica del paciente recibe un trato distinto. El paciente repite, el analista no. Esta enfática afirmación no supone una concepción especial del proceso; la creo aceptable para los que lo ubican en el paciente, en el campo, en la interacción, etcétera. Podemos diferir, y mucho, en el grado y el tipo de participación del analista; pero todos consideramos que la relación es asimétrica, un punto que Liberman señaló a lo largo de toda su obra, y en especial en el primer capítulo de *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (1970). Ningún analista pone en duda la necesidad de ser reservado y de no participar con opiniones, consejos, admoniciones y referencias personales.

Quizá la mayor dificultad de la teoría de la regresión terapéutica no es tanto que transforma un proceso espontáneo en artefacto sino que puede explicar cómo empieza un análisis pero jamás de qué modo termina. Ida Macalpine y Menninger se plantean este problema y reconocen la dificultad. Consecuente con sus rigurosos puntos de vista, Macalpine se ve llevada a concluir que muchos de los logros del análisis se dan *después* de la terminación. Menninger, por su parte, con encomiable honestidad, dice que es este un punto que no ha podido integrar en su teoría.

La mayor parte de los defensores de la regresión terapéutica, sin embargo, no parecen considerar este problema. Dan por sentado que, a medida que se va resolviendo la neurosis de transferencia, el paciente se acerca a la curación y al final del análisis. Pero entonces hay que concluir en que la regresión se debía a la enfermedad (que es lo que disminuyó) y no al encuadre, que permanece constante.

A veces nos dejamos llevar por una especie de ilusión óptica y decimos que tal conflicto (la dependencia de la madre, el temor de castración frente al padre, la rivalidad con los hermanos) adquirió inusitada intensidad por la regresión transferencial. Si observamos bien, veremos que el conflicto ya existía, sólo que no se lo reconocía y estaba diseminado en múltiples relaciones de la vida real. La rivalidad fraterna, por ejemplo, se

dará con los verdaderos hermanos, con los hijos, con los amigos, con los compañeros de trabajo, etcétera. Si esta rivalidad no estuviese activa, su análisis estaría de más. Es la recolección (*gathering*) de la transferencia, como dice con precisión Meltzer (1967, cap. 1), lo que aumenta a modo de sumatoria la intensidad del fenómeno transferencial. Para decirlo con otras palabras, a medida que disminuye el acting out gracias a nuestra labor interpretativa, crece la transferencia.

En franca oposición a los que creen que el encuadre tiene por finalidad promover la regresión, yo pienso como muchos otros autores, que el encuadre detecta y denuncia, a la par que contiene la regresión; y sostengo, además, que así lo fue diseñando Freud en la segunda década del siglo, al escribir sus definitivos ensayos sobre técnica. Fue el descubrimiento de la transferencia, por ejemplo, lo que hace comprender a Freud que debe ser reservado y por eso nos sugiere (1912e) que seamos impenetrables para el enfermo. Si se establecen confesiones recíprocas, dice Freud, abandonamos el terreno psicoanalítico y provocamos en el paciente una curiosidad insaciable. Al darse cuenta de la curiosidad del paciente (que surge de la investigación sexual infantil), Freud introduce la regla y no es que se muestre reservado para despertar regresivamente la curiosidad del analizado.

Coincido con Zac, cuando afirma que «el encuadre está pensado en forma tal como para que el paciente pueda realizar una alianza terapéutica con el analista (una vez que aquel internalizó el encuadre)» (1971, pág. 600).

Cuando en la sesión 76a del análisis de Ricardito en 1941 Melanie Klein llega con una encomienda para su nieto y el paciente la descubre, se da cuenta de que ha cometido un error técnico porque le despierta celos, envidia y sentimientos de persecución, como dice en la nota de la pág. 387 (Melanie Klein, 1961). No es, pues, que el analista no hable de su familia para despertar celos; los celos están y no conviene reactivarlos artificialmente hablando de hijos o nietos o, para el caso, con encomiendas reveladoras. Una «privación sensorial» en este punto le hubiera ahorrado a Ricardito un inoportuno ataque de celos.

Hasta donde le es posible, el encuadre lejos de fomentar *evita* los fenómenos regresivos. De ahí que la palabra *contención* sea muy adecuada por su doble significado.

No es sólo en la experiencia de Freud y sus grandes seguidores que el setting se va haciendo más riguroso a partir de la dura enseñanza que da la clínica, sino también en el desarrollo individual de cada analista. Dolorosamente vamos aprendiendo a respetar nuestro encuadre, al ver que cuando lo pasamos por alto tenemos que enfrentar intensas reacciones regresivas en nuestros pacientes.

En conclusión, el encuadre no fue diseñado para promover la regresión sino, al contrario, para descubrirla y contenerla. No es que la neurosis de transferencia sea una respuesta al encuadre sino que el encuadre es la respuesta más válida y racional de nuestra técnica frente a los fenómenos de transferencia.

4. Las ideas de Arlow y Brenner

En su relato presentado en el Primer Congreso Panamericano, estos distinguidos investigadores desarrollaron el tema «La situación analítica», exponiendo ideas muy interesantes. Algunas de ellas las estudiaremos al hablar de situación y proceso, otras corresponden al tema que ahora nos ocupa. Estos autores piensan, por de pronto, que la situación analítica ha sido diseñada con la intención de alcanzar los objetivos de la terapia analítica, esto es, ayudar al paciente a lograr una solución de sus conflictos intrapsíquicos a través de la comprensión, que le permitirá manejarlos en forma más madura. De acuerdo con estos postulados, se establecen una serie de condiciones en la situación analítica, gracias a las cuales el funcionamiento de la mente del analizado, sus pensamientos y las imágenes que surgen en su conciencia están determinadas endógenamente hasta el límite en que es humanamente posible (1964, pág. 32).

Estos autores ponen en duda que la regresión que se observa en el tratamiento derive del setting (*ibid.*, págs. 36-7) y recuerdan que el analizado no es enteramente pasivo, inmaduro y dependiente como con frecuencia se dice, para terminar insistiendo en que la situación analítica se organiza de acuerdo con la teoría psicoanalítica del funcionamiento de la mente y respondiendo a los objetivos del psicoanálisis como terapia.

41. La regresión como proceso curativo

En el capítulo anterior discutimos con amplitud un tema apasionante y difícil, la teoría de la *regresión terapéutica* (o trasfereencial), según la cual el setting analítico promueve un proceso regresivo que instaura la neurosis de transferencia y hace posible el tratamiento psicoanalítico. Dijimos también que esta teoría no es la única que intenta explicar el proceso analítico ni tampoco la única que propone una relación entre el setting (*holding*) y la regresión. Para muchos autores el setting (*holding*) permite (más que promueve) una regresión que es un proceso *curativo* (y no patológico). Dentro de estos autores, el más sobresaliente es Donald W. Winnicott, y de sus ideas nos ocuparemos especialmente.

1. Sobre el concepto de regresión

Para entendernos en la compleja discusión que sigue, conviene replantear el concepto mismo de regresión, tal como Freud lo introdujo en el apartado B del capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (1900a), donde distingue tres tipos de regresión: a) regresión *topográfica*, que tiene que ver con un recorrido de adelante hacia atrás en el área de los sistemas Ψ ; b) regresión *temporal*, que revierte el camino del tiempo y nos lleva al pasado, y c) regresión *formal*, donde se vuelve desde los métodos de expresión más maduros a los más primitivos (AE, 5, págs. 541-2). Las mismas ideas informan su «Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños» (1917d).

La clasificación de Freud sigue vigente, pero es indudable que, desde entonces, otros autores han propuesto conceptos distintos o, al menos, matices que deberíamos tener en cuenta para discutir nuestro tema con claridad. Así pues, habría que precisar a qué regresión nos referimos cuando afirmamos que el proceso psicoanalítico es de naturaleza regresiva o cuando sostenemos lo contrario. Aquí y en todas partes, si seguimos un criterio laxo, el concepto será más aplicable pero menos riguroso.

Si bien es cierto que, al introducir su clasificación en el libro de los sueños, Freud no se mostraba muy partidario de separar las tres clases de regresión, porque en el fondo las tres son una sola, yo pienso que a medida que la investigación fue desgranando las formas las fue también separando. Freud decía que lo más viejo en el tiempo es lo más primitivo en la forma y lo que está topográficamente más cerca del polo perceptual

(*ibid.*, pág. 542); pero los conceptos más actuales sobre la estructura del aparato psíquico permiten pensar, sin demasiada violencia, que pueden darse fenómenos regresivos de naturaleza parcial, que la regresión no tiene que operar necesariamente en bloque. Puede darse, entonces, un proceso regresivo a nivel cronológico que no arrastre lo formal y puede ser también que una regresión formal nos lleve del proceso secundario al proceso primario sin que nos traslademos en el tiempo, como de hecho pasa en el chiste. Cuando hacemos un chiste o cuando nos reímos del chiste que nos cuentan utilizamos las formas expresivas del proceso primario pero no por esto nos ubicamos en nuestro pasado. Hasta me atrevería a afirmar que el chiste logra su efecto justamente porque se mantiene esa disociación entre una regresión formal y el adulto que la percibe y comprende (Freud, 1905c).

El concepto de regresión, pues, debe usarse en forma más rigurosa, debe ser más restrictivo, porque a veces puede configurarse una regresión tópica que no sea simultáneamente formal o cronológica; se pueden dar muchas combinaciones, aunque en la práctica lo más frecuente es que los tres tipos de regresión marchen juntos. Ejemplo excelente de estas disociaciones posibles es la técnica de Saura en *La prima Angélica*, donde la regresión cronológica va sin la formal y la tópica. Lo que más impresiona al psicólogo en la original técnica de Saura, creo yo, es que su artificio corresponde a una realidad psicológica, porque cuando yo recuerdo el niño que fui digamos a los tres años lo hago desde la perspectiva actual y no me traslado por completo a aquella situación. Si lo hiciera, tendría un trastorno de la localización de la memoria que se llama *ecmnesia*.

2. La regresión al servicio del yo

Cuando hablemos de insight estudiaremos con algún detalle las ideas que llevan a Kris desde «The psychology of caricature» (1936) y «Ego development and the comic» (1938) hasta su enjundioso estudio de 1950 sobre el proceso mental preconiente, en el que apoya su concepto de insight (1956a). En este momento sólo queremos señalar que Kris contrapone el concepto de regresión patológica al de *regresión útil*, a la que llama *regresión al servicio del yo*. La regresión *patológica* es algo que le sobreviene al yo, el yo queda dominado por ella y todo lo que puede hacer es tratar de controlarla con sus mecanismos de defensa. La regresión *al servicio del yo*, en cambio, es por de pronto un proceso activo, el yo se dirige a ella activamente, la promueve, la dirige y la usa. A mí me parece evidente, y esta evidencia la pasan por alto la mayoría de los autores, que la regresión de que habla Kris es siempre formal, a veces tópica y nunca cronológica: sin variar su orientación temporal, el yo se dirige al ello y pone en marcha el proceso primario para restablecer su fuerza y su capacidad creativa. Esta regresión formal se acompaña las más veces de una regresión tópica, que puede faltar, sin embargo, si el recurso al proceso

primario se hace a la luz de la conciencia. La regresión temporal, en cambio, no puede darse porque contraría por definición lo que Kris dice. ¿Para qué recurrir al proceso primario si no hay un yo adulto que lo ponga a su servicio? Si la regresión fuera también cronológica, ya no habría más que un yo infantil (regresivo) incompetente para usarla.

Las claves para comprender lo que Kris dice se encuentran en «On preconscious mental process», que apareció en el *Psychoanalytic Quarterly* de 1950. Kris hace allí una serie de reflexiones muy interesantes para explicar cómo funciona el yo. Para decir lo sustancial, la idea básica de Kris es que el yo, entre otras capacidades o habilidades, tiene también la de *regresar* instrumentalmente cuando le conviene. Es decir que, para este autor, habría dos tipos de regresión. Una, que le sobreviene y está más bien vinculada con sus actividades defensivas, que lo obliga a retroceder en el campo de batalla. Junto a esta regresión pasiva a la que el yo se ve arrastrado cuando no puede enfrentar una determinada situación, hay otra en la cual el yo mantiene todas sus potencialidades mientras regresa parcial y controladamente con miras a alguna finalidad estratégica. No siempre que un ejército retrocede es porque el otro lo está dominando; a veces hay una maniobra táctica de retroceso para atacar de otra forma o para que el otro bando cometa algún error. En el mismo sentido, habría una regresión útil, una *regresión al servicio del yo*, cuando el yo es capaz de promover en sí mismo un proceso regresivo para enriquecerse con los aportes del proceso primario. Es interesante darse cuenta de que Kris habla concretamente, y así lo dice específicamente en su artículo, de una regresión formal, donde el yo, que comanda el proceso secundario, hace una regresión hacia el proceso primario, catectiza el proceso primario para incorporarlo a su estructura y obtener mayor amplitud, mayor energía. De esta forma, las energías móviles específicas del proceso primario pueden ser utilizadas por el yo que las transforma en la energía ligada del proceso secundario. Este punto me parece particularmente importante, porque si vamos a aceptar una regresión al servicio del yo, tendremos que conceptualizarla como formal en cuanto el yo regresa al proceso primario y eventualmente tópica si se pasa de los sistemas Cc o Prcc al sistema Icc, pero no cronológica. Agreguemos que es a partir de la función integrativa del yo que para Kris se puede realizar este proceso.

Muchos autores pasan insensiblemente de la regresión terapéutica a la regresión al servicio del yo, con lo que incurren a mi juicio en error conceptual. La regresión terapéutica que postulan los psicólogos del yo es algo que le sobreviene al yo en las duras condiciones del setting analítico, no es una regresión útil, en el sentido de Kris, aunque pueda ser utilizable para el analista.

Entre los intentos de aplicar las ideas de Kris a los fenómenos regresivos propios del proceso analítico se destaca el trabajo que presentaron Grinberg, Marie Langer, Liberman y los esposos Rodrigué al Congreso Panamericano de Buenos Aires de 1966 (1968). Para estos autores el proceso analítico se ve a la luz de fenómenos de progresión y regresión, lo que es exacto aunque tal vez un poco amplio, ya que muchos procesos, si

no todos, marchan en términos de progresos y retrocesos. En este marco amplio, los autores tratan de especificar las características del proceso analítico a partir de las ideas de regresión *útil* y regresión *patológica*. Precizando estos conceptos, llaman regresión patológica a la que el paciente *trae* al tratamiento; la regresión útil, en cambio, se refiere a ese movimiento táctico en que se va hacia atrás para volver a dar un salto hacia adelante, como decía Lenin. Dicen estos autores: «Proceso analítico implica *progreso*, pero entendemos el *progreso* como un desarrollo donde la regresión útil en el diván sirve de palanca primordial» (*ibid.*, pág. 94). Estos autores postulan también que hay una progresión en perjuicio del yo.

Las ideas de Winnicott se aproximan en algo a las de Kris, en cuanto asumen que el proceso de regresión es útil, pero se apoyan en otros soportes teóricos y surgen de su práctica con enfermos psicóticos. Winnicott es un analista freudiano, un hombre que conoce muy bien a Freud y que recibe una influencia importante de Melanie Klein, de la que se separa en un momento dado, como vimos al hablar de transferencia temprana. Tiene afinidades con Anna Freud, a la que sigue por ejemplo en el concepto de narcisismo primario; pero no está especialmente interesado en la metapsicología hartmanniana. Por otra parte, completando lo que dije en el párrafo anterior, la regresión que estudia Winnicott es ante todo cronológica, tiene una proyección en el tiempo; y es básicamente la temporalidad del proceso analítico lo que le permite desarrollarse y establecerse. Esta diferencia es para mí fundamental, hasta el punto que me atrevería a afirmar que la regresión de Kris tiene que ver con la situación analítica y la de Winnicott con el proceso analítico.

3. Breve repaso de las ideas de Winnicott

Recordemos en esta sección, muy brevemente, algunos trabajos de Winnicott que ya hemos estudiado en el capítulo 16 sobre la transferencia temprana.

Winnicott llegó al psicoanálisis desde la pediatría y, durante la Segunda Guerra Mundial, se dedicó a analizar psicóticos, de los que obtuvo una gran experiencia. A partir de esta práctica, Winnicott distingue tres tipos de pacientes en su valioso trabajo «Primitive emotional development», publicado en 1945. Esta clasificación tripartita va a mantenerse a todo lo largo de su obra y se irá gradualmente precisando. Los pacientes del *primer tipo* son los clásicos neuróticos que Freud describió, comprendió y trató. Son capaces de relacionarse con las personas como objetos totales y presentan fantasías conscientes e inconscientes que enriquecen y dificultan esa relación y están siempre ligadas al complejo de Edipo.

Los pacientes del *segundo tipo* están preocupados por su mundo interno y su organización interior; son los que estudió Melanie Klein en sus

trabajos sobre el duelo,¹ donde la depresión y la hipocondría ocupan el lugar más saliente. Si bien la estructura de estos pacientes es distinta a la de los otros, la técnica sigue siendo la misma para Winnicott, no es necesario para nada cambiarla.

Una cosa bien distinta son los pacientes del *tercer tipo*, donde las relaciones de objeto son preedípicas, anteriores a la posición depresiva de Melanie Klein (o *etapa del concern*, de Winnicott), y la técnica clásica ya no se adapta. Son los pacientes en que falla el *desarrollo emocional primitivo* y que tienen una estructura básicamente psicótica.

Mientras que el primer tipo de pacientes imagina que el analista trabaja por amor a él (el paciente), con lo que el odio queda desviado, el segundo imagina que el trabajo del analista surge de su propia depresión (del analista), como resultado de los elementos destructivos de su amor mismo; pero en el tercer caso las cosas cambian radicalmente y lo que el paciente necesita es que el analista sea capaz de ver su odio y su amor (del analista) dirigidos coincidentemente sobre su objeto, el analizado.² Para estos pacientes, sigue Winnicott, el fin de la hora y todas las regulaciones y reglas del análisis expresan el odio del analista, así como las buenas interpretaciones su amor.

Vimos al exponer las ideas de Winnicott sobre la contratrasferencia, que este autor atribuye la psicosis a una falla ambiental. Apoyado en Jones (1946) y en Clifford M. Scott (1949) Winnicott afirma en «Mind and its relation to the psyche-soma» (1949) que la mente no es en principio una entidad para el individuo que se desarrolla satisfactoriamente; es, simplemente, una modalidad funcional de su psique-soma (esquema corporal).

En algunos individuos, sin embargo, la mente se diferencia como algo aparte, como una entidad con una falsa localización. Este desarrollo desviado sobreviene como resultado de una conducta equivocada por parte de la madre, especialmente una conducta errática que provoca exceso de ansiedad en el niño. Se desarrolla entonces una oposición entre la mente y la psique-soma que provocan un falso crecimiento, un falso self.

Estas ideas, originales, sugerentes y audaces, se vuelven a exponer en «Psychosis and child care» (1952).³ Aquí se expone claramente el papel del ambiente (la madre) y sus perturbaciones (*impingement*), que lleva a la formación del falso self cuando falla el área de la ilusión.

¹ Téngase presente que este escrito de Winnicott antecede en un año al de Klein sobre los mecanismos esquizoides.

² «To progress further along these lines, the patient who is asking for help in regard to his primitive, pre-depressive relationship to objects needs his analyst to be able to see the analyst's undisturbed and co incident love and hate of him» (*Through paediatrics to psycho-analysis*, pág. 147).

³ Aunque «Mind and its relation to the psyche-soma» se publicó en 1954, fue leído en 1949.

4. La regresión según Winnicott

En el párrafo anterior expuse algunas ideas de Winnicott sin pretender abarcar todo el pensamiento de este autor sino solamente ver de dónde parte su concepto de regresión.

Dado que la psicosis es una falla de la crianza que lleva al individuo a configurar un falso self que protege al self verdadero, es lógico afirmar que sólo tendrá remedio cuando el desarrollo emocional primitivo que se malogró y se desvió pueda ser reasumido a través de una experiencia singular que le permita al individuo volver atrás y comenzar de nuevo. El setting analítico, expresa Winnicott, ofrece al individuo el holding adecuado, el sostén, que le hace posible esa regresión. La regresión del paciente en el setting analítico significa un retorno a la dependencia temprana, donde el paciente y el setting se fusionan en una experiencia de narcisismo primario, a partir de la cual el verdadero self puede por fin reasumir su desarrollo.

Por lo visto, entonces, lo que condiciona la regresión para Winnicott, es, más bien, el aspecto positivo del holding analítico. Es prácticamente lo opuesto a lo que hemos discutido previamente. Es justamente lo que tiene el holding analítico de permisivo y gratificante lo que puede promover un proceso regresivo que marcha hacia la curación vía la dependencia infantil. No es esto por cierto lo que tenía en cuenta la idea de regresión trasfereencial. La idea de regresión trasfereencial más bien tiene en cuenta lo contrario y esto lo dice taxativamente Macalpine, cuando reconoce que, en realidad, la atmósfera permisiva y los aspectos gratificadores de la situación analítica no deberían condicionar una regresión; lo que condiciona la regresión, dice ella, son los aspectos frustradores del setting que originan una respuesta adaptativa.

Todas estas ideas alcanzan su más cumplida formulación en uno de los trabajos más famosos de Winnicott, «Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up», leído en la British Psycho-Analytical Society en marzo de 1954 y publicado el año siguiente.

En los pacientes tipo 3, donde falló el desarrollo emocional primitivo, donde la madre no supo contener al hijo, el trabajo analítico aplicable a los grupos 1 y 2 debe dejarse de lado, a veces por mucho tiempo y el analista se limitará a permitir una intensa regresión del paciente en busca de su verdadero self y a observar los resultados.

Es necesario recalcar que Winnicott entiende la idea de regresión dentro de un mecanismo de defensa del yo altamente organizado, que involucra la existencia de un falso self.⁴

Esta concepción de Winnicott se desprende de sus ideas sobre el desarrollo emocional primitivo, que ya hemos expuesto, así como también

⁴ «It will be seen that I am considering the idea of regression within a highly organized ego defence mechanism, one which involves the existence of a false self» (Through partiality in psycho-analysis, pág. 281).

del postulado que el individuo es capaz de defender su self contra las fallas ambientales, congelando la situación con la esperanza de que llegue una situación más favorable. De esto se desprende claramente que, para Winnicott, la regresión es parte de un proceso curativo, un fenómeno normal que puede ser estudiado en la persona sana.⁵

Cuando el individuo congela la situación que le está impidiendo madurar para preservar su verdadero self en desarrollo, se organiza el falso self. Este *falso self* aparece como un proceso «mental», ya desgajado de esa unidad psicosomática que hasta ese momento se había mantenido. El falso self aparece, entonces, como una defensa muy especial para preservar el verdadero self y sólo puede ser modificado a partir de un proceso de regresión. Sin embargo, sigue Winnicott, el individuo nunca pierde por completo la esperanza y siempre está dispuesto a volver para atrás, para empezar de nuevo el proceso de desarrollo desde el punto mismo en que lo interrumpió. Este proceso de regresión es un mecanismo de defensa altamente jerarquizado y extremadamente complejo, al que el individuo está siempre dispuesto a recurrir a poco que las condiciones ambientales le den cierta esperanza de que ahora las cosas se pueden desarrollar de otra manera.

5. De la teoría y la técnica winnicottianas

Cuando se ha dado un grave trastorno del desarrollo que llegó a perturbar el desarrollo emocional primitivo con la formación de un falso self, la única forma de corregirlo es dándole al paciente oportunidad de hacer una regresión, que no tendrá el sentido de la regresión útil, momentánea y formal al servicio del yo, sino una regresión temporal y con toda la profundidad que sea necesaria para llegar hasta el punto donde se había congelado la situación, para empezar de nuevo.

Así como a los enfermos del grupo 1 les conviene la técnica clásica donde el setting sirve de soporte al proceso interpretativo, y así como los enfermos del grupo 2 tienen una integración suficiente como para que se les pueda aplicar la técnica clásica, la de Freud, la situación es completamente distinta para el tercer grupo. Winnicott postula que a mayor gravedad del trastorno, mayor y más precoz fue la falla en el medio; y que esas lesiones, esas injurias sobrevenidas al comienzo de la vida sólo se pueden curar volviendo a plantearlas y empezando de nuevo. Aquí no hay más remedio que reparar lo dañado: se trata de ofrecer al analizado las condiciones para que se instale el sano proceso de regresión, siempre dispuesto a iniciarse, y marche todo el tiempo requerido y hasta la profundidad necesaria. Para lograr que este proceso se realice, para no interrumpirlo, hay que tener habilidad, dice Winnicott, pues esto es muy difícil.

⁵ *The theory of regression put forward as part of healing process, in fact, a normal phenomenon that can properly be studied in the healthy person» (ibid.).*

En estos casos, la técnica no consiste en interpretar sino en acompañar comprensivamente y sin interferirlo el inexorable proceso de regresión que emprende el paciente. El analista no debe interpretar, ni tampoco dar apoyo, debe dejar que el proceso regresivo siga, cuidando a su paciente. No siempre resulta claro en qué consiste en este punto la técnica de Winnicott: ¿basta con el silencio y la compañía o debe llegarse a algún tipo de contacto corporal?

Tampoco es fácil definir hasta dónde llega el concepto de fracaso ambiental. Winnicott acepta un período de narcisismo primario y cuando en 1969 rompe con Melanie Klein en el *Simposio sobre «envidia y celos»* de la Sociedad Británica, dice que el desarrollo emocional primitivo sólo puede estudiarse considerando la diada madre-niño como una inseparable unidad. Puestas así las cosas, y si aceptamos el concepto de narcisismo primario que sostiene Winnicott, entonces su propuesta metodológica debe aceptarse como un juicio analítico y no sintético en términos de Kant. Pero queda entonces por dilucidar qué papel desempeñan en esa diada los dos polos que la componen. Porque la afirmación metodológica de que no se puede estudiar al niño separado de la madre también implica la opuesta, que no habrá de estudiarse el ambiente, esto es la madre, separado del niño. Puesto que Winnicott no deja nunca de considerar el equipo genético del recién nacido, entonces resulta inevitable pensar que el niño influye a su ambiente (madre), con lo cual estamos ya apoyando la idea freudiana de series complementarias que utiliza Klein, cuestionando en su raíz la doctrina de una falla ambiental en la que nada tiene que ver el niño.

A la teoría de la regresión curativa de Winnicott se le plantean varios interrogantes, dos de ellos fundamentales, que hacen a la técnica y a la teoría.

Con respecto a la técnica, ¿en qué forma vamos a no interferir con ese proceso de regresión que el paciente emprende? Es difícil decirlo y Winnicott nunca lo llega a aclarar concretamente. ¿Qué quiere decir Winnicott cuando afirma que el paciente no necesita interpretaciones sino determinados cuidados, cuidados concretos? Como ya dije al comentar (y criticar) lo que Winnicott llama los sentimientos reales en la contrasferencia, es evidente para mí que este autor supone que hay cosas que están fuera de la subjetividad del analizado (o del niño).

Con respecto a la teoría el interrogante mayor es con referencia al eterno dilema de naturaleza y cultura. En su teoría del desarrollo Winnicott pone el énfasis en una acción directa del medio sobre el desarrollo del individuo y no lo hace tan responsable como Klein.

Para discutir en este punto a Winnicott es necesario recordar sus ideas sobre el desarrollo emocional primitivo. Winnicott habla de tres procesos —personalización, realización e integración—, que se dan en contacto directo con la madre. A algunos pacientes esto les ha faltado, y la técnica del analista debe consistir, entonces, en permitir que el paciente obtenga del analista lo que le falta, una noción del tiempo, por ejemplo, que no obtuvo inicialmente de su madre.

Por *realización* Winnicott entiende el proceso de adaptación a la realidad, que se hace en el área de la ilusión, donde convergen lo que el niño alucina y lo que la madre ofrece con su pecho. Gradualmente, el proceso se va enriqueciendo, de modo que, en cada nueva experiencia, el niño dispone de lo que obtuvo en la anterior y puede ahora evocar. El contacto con la realidad externa es, pues, frustrador en cuanto quita la ilusión, pero es también altamente gratificador en cuanto enriquece y estimula.

6. Un ejemplo de Masud Khan

Khan (1960) presenta el caso de Mrs. X, una paciente de unos 40 años con una neurosis de carácter y problemas de identidad, en quien la neurosis de transferencia tomó la forma de una regresión anaclítica en el setting analítico que gravitó con demandas específicas sobre lo personal del analista. En la estructura de este caso era muy visible que el trastorno caracterológico tenía la función de cuidar el self y, por tanto, distorsionaba el desarrollo del yo y hacía imposible su enriquecimiento, militando en contra de las experiencias emocionales genuinas y de la relación de objeto.

A los nueve meses de tratamiento Mrs. X empezó a retraerse de su medio social y también del analista. Rechazaba las interpretaciones transferenciales pero escuchaba con todo interés las interpretaciones de sus sueños y fantasías. Se desarrolló entonces un estado hipomaniaco en que la analizada se sentía dueña de su vida y de su análisis, sin que las interpretaciones de la transferencia le hicieran mella. Este estado la ponía a cubierto de todo sentimiento de dependencia frente a su medio social y al análisis: era justamente lo opuesto a la regresión analítica (pág. 136). Aquí a mi parecer se desliza un nítido error conceptual, que impregna toda la teoría de la regresión curativa, al pensar que la defensa maniaca que revierte la situación de dependencia a partir de un movimiento que vuelve a la omnipotencia original no implica regresión. Del mismo modo, y dicho sea entre paréntesis, Zetzel piensa que el excesivo apego del neurótico obsesivo a la realidad opera contra el necesario proceso de regresión en el setting, sin comprender que ese engañoso recurso a la realidad lleva en sí mismo la marca de la regresión.

Pocos días antes de las primeras vacaciones la analizada robó dos libros y el analista se prestó a devolverlos, lo que la analizada aceptó muy agradecida.

En la segunda fase, que se inicia después de las vacaciones, y dura 18 meses, sobreviene un período de regresión gradual y controlada que la analizada describe como estado de no ser nada, y del que se recuperó.

En este segundo año de análisis la paciente empezó a entender cómo se repetían sus conflictos infantiles en su matrimonio y su análisis. Se decidió a estudiar y el analista también aquí le dio ayuda concreta indicán-

dole lecturas. Luego de aprobar un examen sin encontrar una respuesta favorable en su marido empezó el periodo de regresión, que duró tres meses. Este periodo se inició con fantasías de suicidio como las que tuvo al iniciar el tratamiento, con un agudo sentimiento de falta de autoestima y una fuerte dependencia del analista, que la ayudaba en sus asuntos reales cada vez que ella se lo pedía.

La emergencia del periodo de regresión se produjo después que la paciente tuvo otra vez fantasías de suicidio, pero ahora ella misma las consideró un acto de agresión a su analista.

Después de este periodo la analizada se sintió más auténtica y pudo enfrentar sus sentimientos de culpa frente a su madre por haberla dejado en su país natal, donde murió en las cámaras de gas.

La tercera parte del tratamiento duró unos seis meses y se inició con un nuevo conflicto con el marido, que pretendía que ella se hiciera cargo del hijo antes de lo convenido. La paciente desarrolló fuertes ideas paranoides contra el marido y el analista confabulados en su contra. El analista no esperaba esta reacción y se encontró desarmado, mientras la analizada seguía viniendo a las sesiones y hablando muy poco. Había una batalla en marcha y el analista empezó a sentir que ella lo estaba compeliendo a odiarla, y así se lo interpretó. Agregó después que si ella se sentía amenazada por el analista y el marido conspirando en su contra con la idea de que se hiciera cargo del hijo era porque ella tenía impulsos asesinos hacia él. Ella recordó entonces algunas peculiaridades de su lactancia y la envidia que sintió contra su hermanito menor y los sentimientos de odio asesino contra él. Esto abrió el camino al análisis del sadismo oral, con lo que el tratamiento se aproximó a su fin.

El caso tan bien relatado por Khan debe entenderse, según lo veo yo, como una fuerte regresión frente a la separación de las primeras vacaciones de verano y en términos de una fuerte transferencia negativa. Si se hubiera interpretado en esa dirección en lugar de ofrecerse como una madre buena que devuelve los libros y se hace cargo concretamente de su «hija», el análisis podría haber transcurrido por canales más regulares, sin recurrir a la etapa de regresión. Creo, también, que la vivencia paranoide de la analizada en cuanto a que el analista quiere que se haga cargo del hijo encuentra su núcleo de verdad —como diría Freud— en esta técnica que oscila tanto desde la más profunda regresión hasta la adultez más espléndida.

7. La falta básica

A partir de la técnica activa (Ferenczi, 1919b, 1920) y de los principios de la relajación y la neocatarsis (Ferenczi, 1930), se desarrolla la larga y profunda investigación de Michael Balint, que culmina en *The basic fault* (1968).

Como Winnicott y en realidad como muchos otros autores, también

Balint divide a los analizados en dos categorías, los que alcanzan el nivel edípico genital y los que no lo lograron.

En el nivel edípico del desarrollo analista y analizado disponen de un mismo lenguaje: la interpretación del analista es una interpretación para el analizado, más allá que la acepte o la rechace, lo satisfaga o enoje.

Cuando opera la *falta básica* aparece una brecha entre analizado y analista, que Ferenczi (1932) señaló nítidamente como una confusión de lenguaje entre los adultos y el niño en su presentación al Congreso de Wiesbaden en septiembre de 1932.⁶

En el nivel edípico hay, pues, un lenguaje común entre el sujeto y los otros, que tiene que ver con una relación triangular, tripartita, con dos personas y no una. En el complejo de Edipo propiamente dicho esta triangularidad tiene sus referentes en el padre y la madre; pero también se la encuentra en las etapas pregenitales, donde la leche o los excrementos constituyen ese elemento tercero. Una característica definitoria de esta etapa es que está ínsitamente ligada al conflicto.

Las características principales del otro nivel, el de la falta básica, es que todos los acontecimientos que en ella tienen lugar trascurren entre dos personas, no hay un tercero, no hay conflicto y el lenguaje adulto es inútil cuando no erróneo.⁷

Balint piensa que el análisis opera con dos instrumentos básicos e igualmente importantes, la interpretación y la relación de objeto; y, como se puede deducir de su propio argumento, en el nivel de la falta básica el factor realmente operante es la relación de objeto. Surge entonces el interrogante sobre qué clase de relación de objeto habrá de ofrecer el analista al analizado para reparar la falta básica.

Balint piensa que, para alcanzar ese tipo de relación de objeto que requiere la falta básica, el analista debe responder a las necesidades del analizado no con interpretaciones o palabras sino más bien con algún tipo de conducta actuada, que ante todo respete el nivel de regresión del analizado a un área donde el hablar y las palabras carecen de sentido. El analista se tiene que ofrecer como un objeto que pueda ser catectizado por el amor primario. En este punto, pues, la mayor virtud del analista es estar allí sin interferir. El analista debe renunciar por completo a su omnipotencia, para alcanzar una posición igualitaria con su analizado, donde la interpretación, el manejo y la experiencia emocional correctiva son igualmente extemporáneos. No debe olvidarse que en el área de la falta básica no hay conflicto y, por tanto, nada hay que pueda resolverse.

La técnica de Balint, que acabo de reseñar sucintamente, difiere

⁶ Ferenczi morría poco después, el 25 de mayo de 1933, a los 60 años.

⁷ «The chief characteristics of the level of the basic fault are a) all the events that happen in it belong to an exclusively two-person relationship - there is no third person present; b) this two-person relationship is of a particular nature, entirely different from the well-known human relationships of the Oedipal level; c) the nature of the dynamic force operating at this level is not that of a conflict, and d) adult language is often useless or misleading in describing events at this level, because words have not always an agreed conventional meaning» (Balint, 1968, págs. 16-7).

en muchos aspectos de la de Winnicott, en cuanto elude todo manejo de la regresión, e inclusive de la que proponía en sus trabajos de los años treinta.⁸ Aquí todo lo que el analista «hace» es tolerar la regresión del analizado, sin pretender superarla con interpretaciones o manejos que tratan de restablecer su omnipotencia. Si esta actitud debe entenderse como un momento de recogimiento y respeto por el analizado y por nuestra propia labor, entonces la propuesta de Balint sólo viene a agregar un grano de filosófica modestia a nuestra técnica de todos los días —¡lo que no es poco!—.

⁸ Véase, por ejemplo, «Early development states of the ego. Primary object love» (*Imago*, 1917; *International Journal*, 1949).

42. Angustia de separación y proceso psicoanalítico

1. Resumen e introducción

Venimos de una discusión interesante en la que intentamos establecer algunas relaciones entre el proceso psicoanalítico y la regresión.

Comenzamos exponiendo la teoría de que la regresión es función del proceso y llamamos *regresión terapéutica* a esta explicación de los psicólogos del yo, según la cual el entorno analítico condiciona un proceso regresivo que es condición necesaria para abordar al paciente en el tratamiento psicoanalítico. Señalé que esta tesis es cuanto menos discutible y para mí equivocada. Muchos autores piensan como yo que la regresión da la psicopatología del paciente y no el setting analítico, aunque no siempre se tomaron el trabajo de afirmarlo y de fundamentarlo. La crítica que puede hacerse a la teoría de la regresión terapéutica de los psicólogos del yo cabe en una pregunta ingenua y simple: ¿por qué si la interpretación es capaz de desmoronar las defensas no es también capaz de modificarlas? Esta crítica, hecha a partir de sus mismos argumentos, es difícil de contestar para los psicólogos del yo. Rapaport, que yo sepa, nunca se la planteó. Si la interpretación puede lo más, también debe poder lo menos.

Tratamos después de contraponer a la regresión terapéutica (o regresión en el setting, como también se le llama), otro concepto en que la regresión se concibe como un proceso curativo. Es una concepción diametralmente opuesta a la anterior, porque si en aquella el setting induce en el analizado un proceso regresivo del cual al final el tratamiento lo va a curar, en esta el proceso de regresión se da gracias al setting y es esencialmente curativo, como un movimiento espontáneo hacia la curación. Entre los autores que defienden esta idea hemos estudiado especialmente a Winnicott; pero también Balint, Bruno Bettelheim y otros piensan que el proceso de regresión es altamente curativo. Un trabajo de Bettelheim se llama «Regression as progress» (1972) para subrayar que lo que llamamos regresión es en última instancia un proceso progresivo. Vale la pena señalar aquí que lo que dice este artículo no es idéntico a lo que sostiene Winnicott, ni a las propuestas de Balint con su idea del *new beginning* primero (1937; 1952) y después (1968) de la falta básica; pero, de todos modos, la idea de que el proceso de regresión lleva en sí el germen de la cura es común a todos estos autores; y, consiguientemente, el analista tiene que respaldar y no interferir este movimiento.

Para distinguirlas de la otra, agrupamos a estas teorías bajo el rubro

de la *regresión curativa* y dijimos también que no es, por cierto, una teoría inatacable. Si bien ninguna teoría científica lo es, la idea de que es necesario regresar a las fuentes para tomar desde allí un camino nuevo y distinto, plantea problemas a nivel de la teoría y la praxis, e inclusive no sé si a nivel de la ética. Discutí todo esto en el capítulo anterior y dejé allí fijada mi posición personal, aceptando también que el tema debe quedar abierto porque, a mi juicio, el problema no está decididamente resuelto.

Con respecto a Winnicott, el autor que más brillantemente ha desarrollado esta teoría, es evidente que establece una diferencia entre los pacientes en quienes está afectado el desarrollo emocional primitivo (y en los cuales se debe recurrir a algún tipo de manejo) y los pacientes que llegaron a la etapa de *concern*, equivalente a la posición depresiva de Melanie Klein, o alcanzaron la situación triangular, donde es perfectamente aplicable la técnica clásica.

En todos sus trabajos, pues, Winnicott reduce el manejo —sea este lo que fuere— a un grupo reducido de enfermos. En qué consiste ese manejo es ya más difícil de decidir. Se puede responder de distintas maneras, y no creo estar del todo equivocado si afirmo que el mismo Winnicott vacila. Hay momentos en que por *manejo*, sugiere algo que sería común a todos nosotros; en otros el manejo se parece a la realización simbólica de Sechehaye y da la sensación de haberse apartado mucho de la técnica clásica.

2. El concepto de holding

En este capítulo vamos a tomar otro tema de discusión, ligado al anterior pero radicalmente distinto, estudiando el proceso analítico en función de lo que lo sostiene, y de lo que lo hace posible. Si bien las teorías discrepan en muchos aspectos, la idea de que el análisis debe prestar al paciente determinadas condiciones para que pueda analizarse, es algo que está en todas ellas y que todas aceptan, porque en verdad es incuestionable. Ahora el concepto de regresión ya no nos interesa: solamente nos importa ver qué elementos del encuadre prestan al proceso el marco natural de contención para que pueda desenvolverse.

El tema que nos va a ocupar está ligado a una modalidad de la angustia, que es la *angustia de separación* tal como Freud la estudia en *Inhibición, síntoma y angustia* en relación con la ausencia del objeto (madre), y de cómo esta angustia deja una huella profunda en el proceso analítico. Tal como nosotros lo concebimos, el proceso analítico trata de ser en alguna forma isomórfico con la realidad, y, entonces, esta angustia de separación no es más que un tipo especial de modalidad vincular en la cual el sujeto necesita que haya alguien a su lado. Si la angustia de separación existe y se hace sentir en la situación analítica, entonces el analista tiene una doble tarea, la de prestarle una base de sustentación y al mismo tiempo analizarla.

Este es el tema que nos va a ocupar en los capítulos que vienen, empezando por los aportes que hizo Meltzer al tema siguiendo las ideas de Klein sobre la identificación proyectiva. A renglón seguido hablaremos de otro Meltzer, el que parte de los estudios de Esther Bick sobre la piel y de los niños autistas. Después, en otro lugar, trataremos de ver cómo la teoría del holding de Winnicott (o de la angustia de separación en general) puede adquirir un nivel de abstracción mayor en las ideas de continente y contenido de Bion. La moraleja del tema que hoy iniciamos será, finalmente, que la tarea del analista consiste, en buena medida, en detectar, analizar y resolver la angustia de separación. Digamos desde ya que este proceso se da en todos los ciclos del análisis: de sesión a sesión, de semana a semana (donde tal vez más lo podemos captar y donde Zac hizo contribuciones relevantes), en las vacaciones y, desde luego, al final del tratamiento; y agreguemos que las interpretaciones que tienden a resolver estos conflictos son decisivas para la marcha del análisis y no siempre sencillas de formular. El analista a veces no comprende en toda su magnitud este tipo de angustia y el paciente, por su parte, está totalmente decidido a no comprenderla en cuanto para él asumirla lo lleva a una situación de peligrosa dependencia del objeto, del analista. De modo entonces que la posibilidad de interpretar con acierto la angustia de separación es siempre reducida, limitada. Los pacientes nos dicen con frecuencia que las interpretaciones de este tipo les suenan rutinarias y convencionales; y muchas veces tienen razón, porque justamente si hay algo que no se puede interpretar rutinariamente son las angustias de separación: no es algo convencional sino lleno de vida. Cabe advertir también, sin embargo, que es cuando se logran las mejores interpretaciones sobre las angustias de separación que los pacientes más las resisten y más vehementemente opinan que son convencionales.

Este fenómeno clínico es más notorio para el analista experimentado, esto es para quien ha aprendido a interpretar con acierto y a tiempo la angustia de separación. Los que están todavía en el proceso de aprendizaje no siempre lo advierten y a veces se desaniman por las críticas tercas y desafiantes del analizado, como se observa en el proceso de supervisión.

Este fenómeno puede explicarse de varias maneras: por temor a la dependencia y a repetir los traumas de la infancia; porque hiere el narcisismo y la megalomanía del que se creía independiente y por envidia. Considero que todas estas alternativas existen y que entre ellas la envidia al analista como objeto que está presente y acompaña tiene un peso que no puede dejarse de lado.

3. Identificación proyectiva y angustia de separación

Ahora vamos a ocuparnos de los autores que, como Meltzer y Resnik, interpretan la angustia de separación desde la teoría de la identificación proyectiva y lo que la subyace, una teoría del espacio mental, del espacio

del mundo interno. Gracias a estos trabajos podemos interpretar la angustia de separación más precisa y limpiamente. En general, las interpretaciones en esta área no siempre se hacen en el nivel correcto. Por lo general, el analista novel tiende a ubicarse en un plano de mayor integración del que en realidad tiene el paciente. Le dice, por ejemplo, que lo echó de menos el fin de semana y esa interpretación es a veces muy optimista porque implica que el analizado es capaz de discriminar entre sujeto y objeto. Lo más frecuente, sobre todo al comienzo del análisis, es que la angustia de separación quede negada reforzando el narcisismo, que es la gran solución para todos los problemas. Por esto dice Meltzer en los primeros capítulos de *The psycho-analytical process* que la identificación proyectiva masiva es la defensa soberana contra la angustia de separación.

En los casos extremos, los que Meltzer estudió en su trabajo sobre la masturbación anal y la identificación proyectiva de 1966, puede apreciarse una estructura cuasi delirante, que tiene que ver con la pseudomadurez¹ y configura un grave problema psicopatológico. En la pseudomadurez se recurre a identificaciones proyectivas muy enérgicas que perturban la realidad y la autonomía de los objetos internos para negar la angustia de separación en un tipo de funcionamiento prácticamente delirante.

La eficacia de la identificación proyectiva masiva para dar cuenta de la angustia de separación reside, justamente, en que la parte angustiada del self se coloca resueltamente, violentamente en un objeto (externo o interno). De esta manera el analizado se presenta libre de angustia y ninguna interpretación será operante mientras no logremos revertir el proceso de identificación proyectiva. Si interpretamos sin tener esto en cuenta, lo más seguro es que demos la cabeza contra un muro: el muro de la identificación proyectiva donde rebota nuestro esfuerzo. En realidad, esas interpretaciones no son sólo ingenuas sino también imprudentes y equivocadas, porque si el analizado metió dentro de mí o de su mujer la parte suya capaz de sentir el vínculo de dependencia, que yo le diga que me echó de menos es totalmente falso: no me echó de menos porque hizo algo justamente para no tener que echarme de menos.

Lo que Meltzer nos enseña es que este tipo de dificultades sólo se puede resolver atendiendo a la alta complejidad de un proceso que a veces adquiere un sesgo delirante, donde la confusión sujeto-objeto es muy grande y está al servicio de negar la angustia de separación.

En resumen, en cuanto movilizan mecanismos yoicos primitivos, las angustias de separación pueden utilizar la masturbación anal para ejecutar un acto que responde a un modelo de intrusión en el objeto que, en última instancia, pone al sujeto a cubierto de esa amenaza. Una vez que se ha consumado este tipo de defensa, tendremos que ponernos a «buscar» a nuestro paciente, como dice Resnik (1967), perdido en un lugar del

¹ Meltzer llama *pseudomadurez* a un conjunto de hechos fenomenológicos que coinciden clínicamente con el *falso self* de Winnicott y con la *as if personality* de Helene Deutsch (1942) y a lo que Karen Horney llamara la *imagen idealizada del self* en *Neurosis and human growth* (1950).

infinito espacio donde lo encontraremos dentro del objeto en que se metió; primero tendremos que encontrar al analizado y entonces traerlo a la sesión. Sólo entonces podremos hacer una interpretación en el aquí y ahora porque, evidentemente, si el paciente no está «aquí», de nada vale hacer una interpretación *hic et nunc*.

Es interesante remarcar que estos mismos mecanismos operan también en los casos menos severos, esto es, las neurosis, donde deben ser igualmente interpretados.²

4. Papel de la masturbación anal en la angustia de separación

Que la masturbación es el remedio más usado para vencer la soledad y los celos frente a la escena primaria es algo que todos aprendimos de los analistas pioneros; pero, a partir del trabajo que Meltzer presentó al Congreso de Amsterdam, «The relation of anal masturbation to projective identification»,³ el vínculo entre soledad, angustia de separación y masturbación adquiere otro significado, más profundo y complejo. Meltzer sostiene allí que la masturbación anal tiene una relación íntima e ínsita con la identificación proyectiva: en el momento crítico de la separación, el niño que ve a su madre alejarse dándole la espalda, identifica el pecho con las nalgas de la madre y estas con las propias; empieza entonces una actividad masturbatoria en que introduce sus dedos en la ampolla rectal, y así la masturbación anal se convierte en el modelo de la identificación proyectiva. En pacientes no extraordinariamente perturbados, no claramente psicóticos, la masturbación anal tiene un carácter críptico. Es por esto que si el analista quiere integrar este cuerpo de teoría a sus interpretaciones sobre la angustia de separación tiene por fuerza que detectarlo en el material de los sueños o de la fantasía: la masturbación genital es en general más manifiesta que la anal, lo que no implica que la descuidemos al interpretar la angustia de separación.

La teoría de la identificación proyectiva que emplea Meltzer sigue desde luego la tradición de los primeros trabajos de Melanie Klein, cuando esta autora sostenía la universalidad del proceso de masturbación y recalca que la culpa que la acompaña está siempre ligada a los impulsos agresivos contra los objetos. De este modo, al interpretar la angustia de separación hay que prestar atención no sólo a lo que se proyecta sino a las consecuencias de la proyección. No es meramente por la necesidad de aliviar la angustia de separación que uno se mete en el objeto sino también por motivos agresivos, para borrar las diferencias entre sujeto y objeto. La agresión, la envidia y los celos siempre participan del proceso.

² Volveremos a este tema en un capítulo próximo, al hablar de las confusiones geográficas.

³ Se publicó en el *International Journal* de 1966.

Creo que este concepto de la masturbación como expresión de los celos y sobre todo de la envidia es un rasgo distintivo de los analistas kleinianos. La polémica siempre viva sobre si hay que interpretar de entrada la transferencia negativa remite en última instancia a cómo y cuándo se instalan las angustias de separación y a sus contenidos.

5. Angustia de separación, tiempo y espacio

Más allá de los casos extremos que Meltzer describe como pseudomadurez, puede afirmarse que siempre que se interpreta sobre la base de los mecanismos de identificación proyectiva se está tocando no sólo la pseudomadurez del paciente sino también su omnipotencia y su narcisismo. Por consiguiente, es muy posible que el paciente responda colocándose por encima del analista para negar la dependencia. Hay que afinar entonces el instrumento analítico para detectar en esa respuesta los indicadores, a veces muy sutiles, que nos permitan desbaratar esa defensa.

Resnik procura dar respuesta a algunos de estos interrogantes con su énfasis en el espacio de la situación analítica. Una cosa es que yo le hable de la Russell Square a mi analista y otra cosa es que le hable *desde* allí. Si esto último es lo que ocurre, las posibilidades que tiene mi analista de comunicarse conmigo son tan lejanas como la hermosa plaza frente al Museo Británico.

El aporte de Resnik es por esto interesante, en cuanto nos advierte que, en casos como este, si queremos instrumentar mejor nuestra técnica, lo primero que tendríamos que hacer, por de pronto, es decirle al paciente algo que lo pueda «traer» de la plaza al consultorio.

La identificación proyectiva implica por definición una concepción del espacio; pero también puede decirse que es a través de la identificación proyectiva que se va adquiriendo esa noción. Problema difícil que Resnik trata de resolver diciendo que no hay que confundir la identificación proyectiva, que ya supone un reconocimiento del espacio, con las prolongaciones narcisistas al espacio extracorpóreo, que él considera como un proceso *previo* a la identificación proyectiva. Es decir que Resnik distingue dos procesos: el de la identificación proyectiva propiamente dicha y un proceso anterior, que caracteriza como *seudópodos*, en el sentido de que el *seudópodo* no implica conocer el espacio porque está dentro del sujeto. Esta teoría de Resnik, ingeniosa pero discutible, parece que vuelve a la concepción clásica del narcisismo primario. Aunque Melanie Klein no lo diga taxativamente, su teoría de la relación de objeto es también una teoría del espacio y, en este sentido, pretender que al comienzo no hay espacio significa que tampoco hay objeto. Veremos más adelante que al mismo tipo de problemas se ven enfrentados Bick y Meltzer, cuando sostienen que primero es necesario crear un espacio para que entonces pueda operar la identificación proyectiva. Yo pienso en este punto que la teoría de la identificación proyectiva se debe aceptar tal como la

formuló Melanie Klein, como una teoría que lleva incluido el concepto de relación de objeto que es inseparable del espacio, o si no abandonarla por las teorías que parten del narcisismo primario.

Este arduo problema también se plantea en un trabajo reciente de León y Rebeca Grinberg (1981) al estudiar las «Modalidades de relaciones objetales en el proceso analítico», donde las nociones de espacio y tiempo ocupan un lugar destacado. Una mención especial merecen las reflexiones de los Grinberg sobre el vínculo denominado por Bion «*at-one-ment* con el devenir O», un estado de unificación con O, que replantea fuertemente, hasta donde yo lo puedo entender, la hipótesis de un narcisismo primario.

6. La identificación adhesiva

Los trabajos que discutimos en el párrafo anterior se basan fundamentalmente en la relación entre las angustias de separación y la identificación proyectiva. Tanto Resnik como Meltzer son analistas que conocen profundamente a Melanie Klein, siguen sus enseñanzas y operan continuamente con la teoría de la identificación proyectiva. Ya vimos que Resnik, sin embargo, piensa que hay algo *antes* que la identificación proyectiva (seudópodos mentales) que discutimos brevemente. Vamos a ver ahora que también Meltzer, en un momento dado de su investigación, siente lo mismo, que el desarrollo no comienza con la identificación proyectiva. Y creo que también los Grinberg se inclinan a una idea semejante.

Durante muchos años la idea de identificación proyectiva ha vertebrado el pensamiento todo de la escuela kleiniana y ha influido en las otras tal vez más de lo que parece. Quien más la ha usado, sin duda, dentro de los psicólogos del yo es Otto Kernberg (1969), quien puede discrepar con Klein en muchos aspectos pero la conoce y la respeta.

A partir de la introducción de este concepto en el trabajo sobre los mecanismos esquizoides de 1946, la escuela kleiniana consideró a la identificación proyectiva como un prototipo que podía válidamente contraponerse a la identificación introyectiva. Para algunos autores este descubrimiento marca el cénit de la creación de Klein y justifica considerarla un genio, no simplemente una investigadora de primera línea como otros. Es conveniente subrayar que la idea de identificación proyectiva propone también un concepto revolucionario de narcisismo, dado que son partes del self las que (junto con impulsos y objetos internos) se colocan en el objeto. Con este objeto mantiene el self una relación, en cuanto de alguna oscura manera reconoce estas partes como propias. Queda así definida una confusión entre sujeto y objeto o, si se prefiere, un tipo de relación de objeto donde hay un fuerte componente narcisista. Es decir, una vez que yo he puesto algo mío en el objeto, mi relación con él se refiere en parte a mí mismo.

Durante muchos años, dice Meltzer (1975), el concepto de identifica-

ción proyectiva fue para la escuela kleiniana sinónimo de identificación narcisística. De esta forma, los dos tipos de identificación que Freud describe en *El yo y el ello* (1923b), la identificación primaria y la identificación secundaria a un proceso de duelo, quedan homologados y subsumidos en los de identificación introyectiva y proyectiva. Pero cuando Esther Bick escribe en 1968 ese brevísimo trabajo de tres hojas que se llama «The experience of the skin in early object-relations» se abre un nuevo panorama.

Bick propone allí, efectivamente, un nuevo tipo de identificación narcisista y por consiguiente de relación de objeto, lo que implica una ruptura con lo que hasta ese momento se entendía a partir de la teoría de la identificación proyectiva.

La idea básica del trabajo de Bick es que, más allá de la corporalidad del objeto (es decir, postulando que el objeto tiene profundidad), hay otro tipo de identificación narcisista, *muy* narcisística si cabe la expresión, en cuanto la superposición de sujeto y objeto es muy grande, en la cual la idea de «meterse dentro» queda remplazada por la de *ponerse en contacto*. Este proceso —sigue la autora— es muy arcaico y aparece siempre vinculado a un objeto de la realidad psíquica equivalente a la piel. Inicialmente el self se vivencia como partes necesitadas de un objeto que las contenga y las unifique, y este objeto es la piel como objeto de la realidad psíquica. Este objeto piel debe ser tempranamente incorporado, porque si y sólo si se cumple esta incorporación pueden funcionar los mecanismos proyectivos: mientras no haya un espacio en el self, dichos mecanismos por definición no pueden funcionar (Bick, 1968, pág. 484).

Como dice la misma Esther Bick en su perdurable trabajo, el aspecto continente de la situación analítica reside especialmente en el encuadre y por tanto la firmeza de la técnica en esta área resulta crucial (*ibid.*, pág. 486).

Este trabajo plantea, entonces, la importancia del encuadre psicoanalítico y su firmeza en el proceso de desarrollo que es la cura analítica, teniendo en cuenta que el análisis es una *relación*, y que esta relación no es continua sino *discontinua*. En el proceso psicoanalítico hay, evidentemente, interrupciones, muchas interrupciones. La interrupción por las vacaciones, las reiteradas interrupciones del fin de semana y la peor de todas quizá, la que sobreviene de día en día, que significa una diferencia de 50 minutos contra 23 largas horas.

La novedosa teoría de la identificación adhesiva, que empieza con el trabajo de Bick, se desarrolla y se expande después en el libro de Meltzer y sus colaboradores, John Brenner, Shirley Hoxter, Doreen Weddell e Israel Wittenberg (1975) sobre el autismo, lleno de sugerencias, exploración de los orígenes. A dónde van a llegar y a dónde nos van a llevar estas investigaciones, que de hecho plantean la posibilidad de una nueva teoría del desarrollo, no es algo que tenga que discutirse en este libro, porque es más un problema de la psicología evolutiva que específicamente de la técnica, si bien tampoco podemos eludirlo con una verónica metodológica.

Deseo señalar en este punto la notable coincidencia de estos trabajos de la escuela inglesa con las investigaciones de Didier Anzieu (1974) sobre *le moi-peau* (el yo-piel). Con un soporte teórico distinto, Anzieu señala la básica importancia de la piel en el desarrollo temprano y lo pone bellamente en relación con el baño de palabras con que la madre envuelve al infante. Si bien la teoría es la misma, las consecuencias técnicas varían notablemente, y allí donde la inglesa deriva la necesidad de un setting-piel firme, el francés se inclina por una actitud más tolerante y complaciente. —

En *Explorations in autism* (1975), cuando retoma el problema de la identificación adhesiva, Meltzer habla de cuatro tipos de relación de objeto, que son también sendos tipos de concepción del espacio, de lo que él llama dimensionalidad, que tiene una historia, un desarrollo. Hay para Meltzer un espacio *unidimensional* que se define como y por el impulso, que llega, toca y se va. Tiempo y espacio se funden en una dimensión lineal del self y el objeto, en un mundo radial como la ameba y sus pseudópodos. Los objetos son atractivos o repelentes y el tiempo no se distingue de la distancia, un tiempo cerrado mezcla de distancia y velocidad. El mundo del autista es para Meltzer de este tipo, unidireccional y sin mente, una serie de eventos no disponibles para la memoria o el pensamiento.⁴

El espacio *bidimensional*, el de la identificación adhesiva, es un espacio de contactos, de superficies, tal vez el que Freud tiene *in mente* en *El yo y el ello* cuando dice que el yo es una superficie que contacta con otras superficies. La significación del objeto depende de las cualidades sensoriales que pueden captarse en su superficie, con lo que el self también se vivencia como una superficie sensitiva. El pensamiento no puede desarrollarse en cuanto falta un espacio dentro de la mente «en el cual pudiera tener lugar la fantasía como una acción de ensayo y, por ende, como un pensamiento experimental» (*Explorations in autism*, pág. 225; *Exploración del autismo*, pág. 199). Aquí Meltzer coincide notablemente con lo que sostiene Arnaldo Rascovsky desde que publicó en 1960 *El psiquismo fetal*.

Después está el espacio *tridimensional*, donde domina la identificación proyectiva y que surge una vez que el objeto se ha vivenciado como resistente a la penetración y se constituye el concepto de orificios en el objeto y en el self. El objeto se transforma así en tridimensional y continente y el self adquiere también la tercera dimensión al identificarse con él. El tiempo es ahora oscilatorio en tanto se concibe a través de la fantasía de entrar y salir del objeto mediante la identificación proyectiva. «El tiempo, que no se podía diferenciar de la distancia en la unidimensionalidad de la desmentalización y que había adquirido cierta vaga continuidad o circularidad al moverse de un punto a otro en la superficie del mundo bidimensional, comienza ahora a tener una tendencia direccional propia, un movimiento inexorable de adentro hacia afuera del objeto» (pág. 226; pág. 200).

La identificación adhesiva viene a ofrecer una nueva explicación a un

⁴ Compárese lo que dice Anzieu de los pseudópodos.

fenómeno descrito por muchos autores, como Helene Deutsch (*as if personality*), Winnicott (*pseudoself*), Bleger (*personalidad fáctica*), Meltzer (*pseudomadurez*). Cuando varios autores de distintas formas de pensar describen un mismo fenómeno es porque están viendo algo que existe, que es universal. Lo que caracteriza a estos pacientes es una nota de inautenticidad que lleva a pensar que el proceso de identificación se hace realmente en forma superficial. Seduce pensar que esta superficialidad corresponde al proceso dinámico de la identificación adhesiva; pero podría no ser así. Ya hemos recordado que el mismo Meltzer introdujo el concepto de pseudomadurez en su trabajo de 1966 y lo hace derivar de la identificación proyectiva con los padres internos.

De cualquier forma, todas estas teorías apuntan a un tipo especial de reacción, que se caracteriza por su inautenticidad. Su valor clínico es muy grande porque nos da elementos preciosos para comprender a un tipo de pacientes. Sin estas teorías es más fácil reaccionar mal frente a ellos, con desprecio o con rabia, por ejemplo. Si un analizado se identifica conmigo por un detalle nimio de mi indumentaria es posible que me sienta más molesto que si lo hace con un rasgo de mi carácter; pero en realidad en ambos casos está expresando una forma de identificación y nada más. Los dos son procesos que deben ser comprendidos y no juzgados axiológicamente.

Es necesario señalar que, frente a un material clínico determinado deberemos siempre discriminar el tipo de la identificación, adhesiva, proyectiva o introyectiva. Por otra parte, y como siempre, el contenido manifiesto del material nunca será lo decisivo. El mismo acto, el mismo símbolo pueden expresar distintos niveles del proceso. Recuerdo un paciente de hace muchos años que, a poco de iniciar su análisis, empezó a usar chaleco, como yo. Unos años más tarde, sin embargo, el chaleco representaba para él el pecho y entonces el proceso tenía otro sentido. En estas difíciles tareas de discriminación, lo que tal vez más nos ayuda es, yo creo, una vivencia de contratrasferencia, cuando se siente que la identificación es muy inauténtica o muy ingenua.

Finalmente, hay un espacio *tetradimensional* que incluye la noción de tiempo, que está vinculado a la identificación introyectiva, es decir a la idea de que el tiempo pasa y no vuelve, como dice el tango. En este nivel del desarrollo opera un nuevo tipo de identificación que Freud descubrió y describió en *El yo y el ello* (la identificación introyectiva de Klein?), que ya no es más narcisista en cuanto se funda en una concepción del espacio y el tiempo que reconoce la existencia y la autonomía del objeto.

Las ideas de Bick y Meltzer son atractivas y directamente aplicables a ciertas configuraciones del proceso analítico. En este sentido son útiles en la práctica del consultorio, como he procurado mostrarlo en un trabajo que escribí con Norberto Bleichmar y Celia Leiberman de Bleichmar hace algunos años.⁵ A veces la cualidad del proceso identificatorio parece advertirnos de que el analizado no busca meterse dentro del objeto si-

⁵ «[?] nuevo como superficie de contacto» (1979).

no estar en contacto con él mediante una conducta imitativa, ingenua y mimética. Esto resultaba particularmente claro en el caso presentado al Simposio sobre Sueños en 1979. Se trataba de una joven de 22 años afectada de una dermatosis severa y con importantes problemas psicológicos. Su historia clínica sugería fuertemente un periodo de autismo infantil y sus relaciones de objeto fueron siempre adhesivas, superficiales y versátiles. Este tipo de vínculo aparecía en el análisis de varias maneras pero singularmente en el relato de los sueños utilizado como una superficie de contacto con el analista, donde el sueño contado representaba exactamente lo que Bick llama *segunda piel*, es decir un fenómeno que reemplaza el contacto verdadero por otro postizo, artificial. Esta forma de contacto provocaba reacciones contratrasferenciales de rechazo, hasta que la tarea interpretativa se centró en los intentos de la analizada de vincularse vía identificación adhesiva, con lo que cambió notoriamente la hasta entonces errática situación analítica.

7. Improvisaciones sobre las teorías del desarrollo

Las ideas que hemos estudiado en los dos últimos capítulos nos remiten continuamente desde las teorías del proceso analítico hasta las del desarrollo; esto es a la psicología evolutiva, y más precisamente a la psicología evolutiva del primer año de la vida.

Freud fue capaz de elaborar una teoría del desarrollo infantil (el complejo de Edipo) a partir del análisis de hombres y mujeres adultos, a través de reconstrucciones y con su teoría de la transferencia. Sus hipótesis fueron después fuertemente apoyadas por los analistas de niños.

A partir de su técnica lúdica, Melanie Klein intentó reconstruir el desarrollo temprano, mostrando que los instrumentos analíticos pueden darnos información de los tiempos más remotos de la vida humana. Para seguirla o refutarla aparecieron después otros autores y otras investigaciones y de algunas de ellas, por cierto no de todas, nos hemos ocupado en estos capítulos y en los correspondientes a la transferencia temprana.

Hemos expuesto algunas ideas de cómo se construye o se supone que pueden construirse las nociones de espacio y de tiempo en el niño. Si nos atenemos a Bick y a Meltzer, tendríamos que pensar la noción de espacio como una representación de características *sui generis*, como alguna otra cosa u objeto donde el resto de las representaciones quedan contenidas. Es lo que parece desprenderse de estos trabajos a partir de la descripción inicial de Bick. ¿Tendremos además que concluir que hay una evolución de lo unidimensional a lo tetradimensional? Son estas preguntas que no tienen una respuesta cabal, temas que se están investigando.

Russek, por su parte, con un pensamiento que yo veo próximo al de Bion, nos explica de qué modo pueden ingresar a la mente las cosas como tales a condición de que concibamos la mente como un espacio donde pueden ubicarse cosas. En la medida que yo siento que "Russell Square

está en mi mente" o que "el mar está en mi mente" (no que tengo la imagen de la plaza o del mar), estoy negando la distancia que es también negar la pérdida y la ausencia. Porque sólo puedo tener una imagen del mar cuando no está el mar propiamente dicho, cuando reconozco su ausencia. En este punto, las ideas de Resnik se emparentan con la teoría del pensamiento de Bion (1962a y b) así como con los trabajos de Hanna Segal (1957, 1978) sobre el simbolismo. Bion dirá que la Russell Square que está en la mente no puede ser procesada como elemento alfa sino simplemente como elemento beta.

Hay sin duda cierta diferencia entre la noción de espacio categorial y casi ontológico de los existencialistas y el espacio que estudian Meltzer, Resnik y más recientemente los Grinberg. El espacio al que se refieren nuestros autores deriva de una teoría de las relaciones objetales que no se pronuncia sobre las categorías de espacio y tiempo en las que piensa Kant como formas *a priori* de la sensibilidad aptas para ordenar la experiencia.

La concepción del espacio que podría tener la ameba (de Resnik) debe acercarse mucho a la del espacio unidimensional de Meltzer. Cuando la experiencia consiste en emitir unseudópodo y retraerlo, la idea de espacio debe ser lineal y la de tiempo estará por fuerza subsumida a la otra, pues el tiempo es lo que tardo yo en emitir miseudópodo y en retraerlo.

En conclusión, digamos que, en realidad, los procesos del comienzo del desarrollo son muy difíciles de dilucidar, de aprehender. A medida que nos acercamos a los orígenes más quedan los hechos subordinados a las teorías con que por fuerza tenemos que contemplarlos. Actualmente la solución se busca por otros caminos, la observación de bebés, la etología. Entre nosotros, José A. Valeros (1981) es el que más resueltamente ha difundido los nuevos estudios de observación del bebé, mientras que Terencio Gioia ha aplicado lúcidamente los aportes de la etología a la teoría de los instintos (1977, 1983a) y a la explicación del desarrollo psíquico temprano (1983b). Yo los considero enteramente válidos pero no creo que vayan a resolver por sí solos los problemas y menos *nuestros* problemas, esto es los problemas de la ciencia psicoanalítica. Tendremos que aplicarlos en nuestra área cuidadosamente, sin dejar nunca de pensar que los problemas del psicoanálisis deben resolverse dentro del análisis, aceptando desde luego con modestia pero también con lucidez lo que nos venga desde afuera. Lo que yo veo hasta ahora es que los psicoanalistas utilizamos los nuevos estudios para llevar agua para nuestro molino. Este es el punto donde las discusiones terminan con un «yo pienso así».

Yo pienso que venimos programados para percibir el espacio y el tiempo, y que el tema a investigar es cómo opera la experiencia para que se desarrolle esa noción del espacio y el tiempo que ya estaba potencialmente en el código genético; pero dudo de que el desarrollo humano vaya genéticamente desde un mundo de una dimensión al de cuatro.⁶

⁶ Véase el recién citado trabajo con los esposos Bleichmar y el prólogo de la edición castellana del libro de Meltzer *et al.* *Exploración del autismo*.

En general, cuando queremos dar cuenta de los orígenes caemos fácilmente en contradicciones. Así, por ejemplo, Bick sostiene que si no hay una piel continente la identificación proyectiva funciona sin que nada la pueda abatir, pero también dice que la identificación proyectiva requiere la creación previa de un espacio en el self. Es decir que dice dos cosas distintas: que si no se forma un espacio en el self mal puede funcionar la identificación proyectiva; que si no se forma ese espacio en el self continúa sin término la identificación proyectiva. Cuando se refiere a este trabajo en su libro, Meltzer trata de salvar esta contradicción pero no sé si lo logra. Yo creo que es una contradicción insoluble porque si sólo la introyección de un objeto-piel hace posible la creación de un espacio interior, ¿dónde se aloja esa primera introyección?

La idea de la identificación adhesiva es valedera; pero ubicarla dentro de una teoría del desarrollo es difícil.

Para Melanie Klein la identificación proyectiva inaugura el desarrollo. A mi juicio, esta teoría supone que el niño ya viene programado para captar el espacio y relacionarse con la madre, viene con una preconcepción de la madre, como dicen Bion y Money-Kyrle. Esta tesis tiene, a mi juicio, una fuerte apoyatura etológica.

Iguales o similares dificultades, creo yo, se le plantean a Lacan y su paloma. Cuando introduce su famosa teoría del estadio del espejo para dar cuenta del narcisismo, Lacan (1949) se apoya en una referencia etológica: que la paloma ve su imagen en el espejo y ovula. Entonces él dice, y no sin razón, que el yo es imaginario y excéntrico, porque mi identidad de paloma ovulante está dada por lo que veo ahí afuera —que es la madre para el bebé, evidentemente—. El estadio del espejo, hasta donde yo lo alcanzo a entender, está vinculado a la identificación primaria de Freud como algo que es anterior a toda carga de objeto. Lacan usa ese modelo del espejo, donde yo podría usar el de identificación adhesiva y proyectiva. Pero, de todos modos, ¿no está programada la paloma para ovular cuando ve a un individuo de su misma especie? Fuera de toda duda, la paloma está programada para ovular ante la visión y el reconocimiento de sus congéneres. La paloma no ovula cuando lo ve a Alain Delon y menos a Marlon Brando. La conducta ovulatoria de la paloma está incorporada a su genoma, a su información genética; pero no todas las especies ovulan cuando ven a su congénere. Hay, por cierto, muchas otras formas de desencadenar la puesta ovular. ¿Hay necesidad de decir algo más? Yo no sé si es posible decir algo más, y no sé si es necesario para el psicoanalista. No sé si necesitamos ver cómo empiezan las cosas, porque algunas vienen fijadas ya filogenéticamente, para empezar. Lo otro sería un problema de información genética, en qué momento se ha incorporado al ADN una información tal que le permita a la paloma, o a lo que va a ser paloma, porque tal vez eso fue antes de ser paloma, y uno es paloma cuando la información genética le permite ovular en esta forma, porque también eso significa que sólo si uno ovula puede tener palomas.

8. La angustia de separación y los ciclos analíticos

Más allá de teorías y predilecciones, todos los analistas son testigos contestes para afirmar que el ritmo de contacto y separación propio del proceso analítico influye grandemente en la forma en que el analizado se conduce. Esta influencia se ve más fácilmente con las vacaciones, luego con el fin de semana y por último de sesión a sesión. Son las tres circunstancias provistas y previstas por el setting donde la alternativa del contacto y la separación se pone en juego.

Zac (1968) estudió detenidamente la forma en que aparece la angustia de separación en el fin de semana y las fluctuaciones que se observan a medida que transcurren las sesiones, así como también sus consecuencias, lo mismo que la manera y la oportunidad de interpretar.

Leonardo Wender, Jeanette Cvik, Natalio Cvik y Gerardo Stein (1966), por su parte, estudiaron con agudeza los efectos del comienzo y el final de la sesión en la transferencia y la contratransferencia. Para estos autores la sesión tiene un «precomienzo», que es el lapso transcurrido desde que paciente y analista tienen alguna percepción del otro (el llamado del timbre, por ejemplo), hasta que se inicia formalmente la sesión; y, asimismo, un «posfinal», que va desde que el analista da por terminada la sesión hasta que cesa todo contacto con el paciente.

Wender *et al.* sostienen que en el «precomienzo» el analizado produce y en alguna forma expresa la fantasía inconciente con que concurre a la sesión, fantasía que se procesará durante la hora y que el «posfinal» recogerá para elaborar otra fantasía, donde estará contenida la original y su desarrollo en la sesión. El analista, por su parte, producirá también algunas fantasías que son el correlato de las otras. Son momentos, pues, de tensión y regresión, donde el analista debe estar muy atento a sus fantasías (sus ocurrencias contratransferenciales, diría Racker) y a todos los mensajes del analizado, que por lo general le llegarán por canales no verbales o paraverbales.

En resumen, los autores aconsejan prestar mucha atención a estos momentos y advierten sobre el peligro de hacer más rígido el setting justamente para eludir la angustia.

Coincidiendo plenamente con los puntos de vista de Wender *et al.*, y la práctica me ha enseñado que fijar la atención en los movimientos de contacto y separación al comienzo y al final de la hora es sumamente útil, más operante a veces que fijarse en las vacaciones o en el fin de semana. Me lo enseñó una enferma cuyo material cantaba las angustias de separación al final de cada semana. Nunca jamás, sin embargo, en varios años de análisis me aceptó una interpretación de ese tipo. Como era de esas cuasi-colegas de que habla Liberman (1976b) en su trabajo al Congreso de Londres y conocía las grandes teorías, siempre me descalificaba por kleiniano. Afirmaba que yo insistía demasiado en ese punto. A pesar de todo, yo volvía a interpretar, creo que adecuadamente, porque el material me lo señalaba con nitidez, hasta que un día le interpreté la separación al final de la sesión. Esperé la crítica habitual de la enferma, pero

ella me dijo sin hesitar que era así, que era cierto. Entonces le repliqué, con toda ingenuidad, por qué aceptaba en ese momento que estaba angustiada porque se tenía que ir y cuando yo le interpretaba que lo mismo le pasaba el fin de semana me decía que no. «No, no diga pavadas», respondió bruscamente. Sólo entonces comprendí, por fin, que para ella la experiencia del fin de semana era tan abrumadora que no la podía elaborar, no la podía aceptar: de día a día era viable; pero de viernes a lunes, ya no. He aquí, dicho sea de paso, un buen ejemplo de una interpretación clisé del fin de semana.

De modo pues que tenemos que interpretar las angustias de separación como un aspecto importante del proceso día a día, semana a semana, en el momento de las vacaciones y, lógicamente, al final del análisis, cuando el tema vuelve a plantearse con fuerza inusitada. Sólo que, como decía Rickman (1950), al final del análisis la angustia de separación aparece más ligada a las angustias depresivas, mientras que al comienzo aparecen angustias catastróficas, confusionales o paranoides.

Ni qué decir tiene que si las alternativas regulares del contacto y la separación ponen en tensión todo el sistema, cuánto más lo harán las irregulares. Cuando el ritmo analítico se interrumpe imprevistamente las perturbaciones son siempre mayores y hasta corre riesgo el tratamiento, tanto más cuanto más intempestiva sea la ausencia o la alteración.

El setting analítico tiende pues a remarcar las angustias de separación, sirve para detectarlas. Un psicólogo del yo (como la doctora Zetzel o Ida Macalpine) dirá que el setting analítico, con su ritmo constante y sus interrupciones regladas, reactiva por vía regresiva las angustias de separación. Para otros analistas, en cambio, el setting es sólo la lupa que nos hace ver un fenómeno que ya está, que existe por derecho propio. Lo que se llama *manejo* para Alexander sólo puede ser entendido a partir de aquella alternativa. Alexander piensa que si yo modifico el ritmo de las sesiones voy a amortiguar las angustias de separación. Los que pensamos de la otra forma estamos convencidos de que, con el procedimiento de Alexander, la angustia de separación va a aparecer en algún otro lado y que sólo interpretándola puede cambiar.

Como Romanowski y Vollmer (1968), yo pienso que la angustia de separación se reactiva durante el análisis por la intolerancia a la frustración, que aumenta la voracidad, y porque el analizado malentende la estabilidad del encuadre como un pecho idealizado que refuerza su omnipotencia y lo hace más sensible a la ausencia.

Si sabemos buscarla y detectarla, la angustia de separación aparece en otras circunstancias y, por tanto, no es patrimonio de las condiciones del encuadre analítico, sino un ingrediente insoslayable de toda relación humana. Ferenczi lo puso de manifiesto bellamente en su trabajo «Neurosis del domingo» (1919a), que mereció después un estudio de Abraham el mismo año (Abraham, 1919c).

Las angustias de separación están siempre inscriptas en una teoría de la relación de objeto; pero, como esta teoría cambia con los autores, también cambia el enfoque con que cada uno las entiende.

Para Freud la angustia de separación es la contrapartida de la angustia de castración. En *Inhibición, síntoma y angustia* se estudian dos tipos fundamentales de angustia: la *angustia de castración* que proviene de un ataque a la integridad corporal (la pérdida del pene), vinculada por definición a una relación triádica o triangular, es decir edípica; y la *angustia de separación*, que florece en las etapas pregenitales y se liga a una situación en que sólo intervienen un sujeto y un objeto. El objeto es primeramente la madre; pero también hay una relación diádica con el padre. Cuando una persona ha recorrido con buen éxito el largo y espinoso camino que lo lleva a tener una relación diádica realista con sus objetos primitivos de amor, cumple con uno de los criterios de analizabilidad de Zetzel (1968), porque sólo cuando dio ese paso podrá plantearse válidamente el manejo de las relaciones triádicas, el complejo de Edipo.

La recién mencionada diferencia que hace Freud entre angustia de castración y angustia de separación es aceptada por todas las escuelas, pero la forma de interpretar la angustia de separación varía. Si se acepta la teoría kleiniana la angustia de separación se interpretará en términos de angustias persecutorias y angustias depresivas, suponiendo que, a medida que el proceso avanza, van a predominar las angustias depresivas, sin olvidar que esta escuela también habla de angustias catastróficas y confusionales.

Winnicott piensa que cuando la angustia de separación se vincula a la relación diádica exige más un *manejo* de la situación que una actitud interpretativa. Por su nivel de regresión, estos pacientes no están capacitados para comprender el mensaje verbal; consiguientemente, sólo a través de ciertas modificaciones del setting podrá el analista acercarse a ellos y responder a sus reclamos. Se trata de problemas vinculados al desarrollo emocional primitivo, dentro del cual las necesidades esenciales del desarrollo deben ser satisfechas. De esta forma, el manejo se convierte en la base de nuestra conducta terapéutica y nos engañamos cuando confiamos demasiado en la interpretación, en la palabra.

Desde una posición teórica coincidente, Balint también piensa que en el área de la falta básica hay que darle al paciente la oportunidad de un *new beginning* en su desarrollo, sobre todo cuando se plantea el momento crucial de la separación al final del análisis. La técnica de Balint, sin embargo, sigue confiando en la interpretación, que debe respetar el nivel de regresión del enfermo.

Margaret Mahler piensa que la angustia de separación surge cuando termina la fase simbiótica y empieza la lucha por la individuación, y allí se hace dramática la dialéctica de progresión y regresión. Todo lo que promueva ese desarrollo provoca angustia, las angustias del crecimiento; y, por consiguiente, el paciente necesita que se lo comprenda y se le interprete la angustia con que se inicia el doloroso proceso de separación e individuación.

Bleger utiliza un esquema similar al mahleriano, pero lo decisivo para interpretar el temor a la disolución de la simbiosis es cuanto relación con el objeto aglutinado, cuya característica esencial es no poseer disci-

minación. Bleger sostiene que la movilización de este vínculo provoca una ansiedad de tipo catastrófico y pone en operación a las defensas más primitivas. Hay un gran temor a progresar hacia la independencia, en la medida que el progreso representa la pérdida del objeto simbiótico.

En fin, las teorías sobre el desarrollo temprano son muchas, y muchas también las formas de integrarlas al trabajo analítico. En la práctica la mayor diferencia entre los distintos autores se centra, a mi juicio, en el lugar que ocupa la agresión en el desarrollo temprano y, consiguientemente, hasta dónde se debe llegar en el análisis de la transferencia negativa. La hipótesis de la envidia primaria implica una forma de interpretar la transferencia negativa que, evidentemente, no apoyan otras líneas de pensamiento.

En resumen, existen fuertes y múltiples resistencias y contrarresistencias a analizar las angustias de separación en cuanto están vinculadas al temor a tomar conciencia de que existe un vínculo y de que ese vínculo supone una dependencia de cada uno frente al otro. Tocamos en este punto un problema del analista, de su contratransferencia. El analista tendrá que reconocer que él también está implicado en el vínculo terapéutico: la separación del paciente implica también para nosotros una ansiedad, porque nos quedamos sin nuestro objeto, aunque a veces la neguemos desplazándola al tema profesional cuando no al económico. La verdad es que la inasistencia de un solo paciente altera si no arruina nuestro día de trabajo. Cuando el analista niega su vínculo de dependencia con el analizado corre el riesgo de colocar proyectivamente en él su propia dependencia, que es una de las causas más frecuentes de la interpretación clisé.

Una interpretación justa de la angustia de separación pone al rojo vivo el problema tal vez más doloroso del hombre, su vínculo con los demás, su dependencia y su orfandad. Debemos saber entonces que toda vez que interpretamos la angustia de separación confrontamos a nuestro analizado con la soledad y atacamos su omnipotencia.

43. El encuadre y la teoría continente/contenido

1. Resumen

Vamos a ubicarnos frente a este tema no tanto en función de la obra compleja y tan llena de sugerencias de Bion, sino más bien en la línea de lo que estamos estudiando, que es el proceso psicoanalítico. Recordemos que, al iniciar este estudio, establecimos primero la relación del proceso con el encuadre, cómo influye el encuadre en el desarrollo del proceso, cómo influye específicamente, porque por supuesto todo encuadre influye en el desarrollo del proceso al que pertenece y, viceversa, ningún proceso puede darse si no es dentro de un encuadre. En este momento, por ejemplo, yo estoy tratando de dar el encuadre adecuado que ubique a Bion dentro del capítulo, para no perdernos. Si no recordamos que nuestro propósito es dar razón de las teorías que tratan de entender el proceso analítico, podemos tomar otro camino y llegar incluso a aprender mucho de Bion, pero no de lo que realmente debemos estudiar.

Vimos entonces que la relación del proceso psicoanalítico con los fenómenos de regresión y progresión inherentes a la definición misma de proceso puede explicarse con dos enfoques teóricos: el que sostiene que la regresión depende del encuadre y el que, al contrario, afirma que la regresión deriva de la enfermedad. La primera teoría entiende la regresión como un producto artificial del setting, gracias al cual el tratamiento analítico puede ser efectuado, y por esto la hemos denominado la teoría de la *regresión terapéutica*. La opuesta admite, en cambio, una *regresión psicopatológica*, a la cual se acomoda en la forma más racional posible el encuadre analítico.

Estudiamos después una tercera posibilidad según la cual hay una *regresión curativa* que le da al paciente la oportunidad de hacer borrón y cuenta nueva. La curación consiste en que pueda desarrollarse un proceso de regresión a partir del cual la natural tendencia del individuo a crecer sanamente pueda restablecerse transformándose de virtual en real y actual. Esta teoría se apoya necesariamente en la tesis *ad hoc* de que nacemos con una disposición al crecimiento que va a cumplirse inexorablemente si el medio no la interfiere. Los que creemos, al contrario, que el crecimiento es en sí mismo un conflicto, jamás podremos aceptar esta teoría.¹

¹ (Veo recordar de mis difusos estudios etológicos que ciertos pichones seguirían recibiendo indefinidamente el alimento de sus solícitos padres sobreprotectores, ya que el estímulo energético de abrir el pico es mucho menor que el de volar, si no fuera por algún oportuno picotazo parental.

La idea de holding en justicia pertenece a Winnicott, pero se la encuentra en casi todos los analistas de la escuela inglesa y está también muy extendida en todo el mundo psicoanalítico. Yo diría que todos los analistas que aceptan el papel decisivo de la madre (o subrogados) en el primer año de la vida no pueden sino pensar que esa función maternal se vincula a algún tipo de sostén, y a eso Winnicott le dio el nombre acertado de *holding*. El concepto se encuentra en muchos pensadores, pero el nombre lo introdujo Winnicott y con él una teoría consistente del papel de la madre en el desarrollo. Winnicott afirma con vehemencia que el desarrollo del niño no puede explicarse sin incluir a la madre.

Dejando por fin atrás las complejas relaciones entre el proceso, la regresión y el setting (o holding), luego utilizamos el concepto de holding para dar cuenta de otra forma de entender el proceso psicoanalítico, donde la función continente del análisis y del analista permite que las angustias del individuo que se acerca al análisis puedan ser primero recibidas y en segundo lugar devueltas. Este es, entonces, un enfoque muy distinto del anterior, que parte de que la regresión es un fenómeno psicopatológico que nuestra técnica debe enfrentar. Con estas premisas pasamos revista a los autores que tienen como punto de mira el análisis de la angustia de separación en el setting analítico y ahora nos proponemos estudiar otra teoría de este grupo, donde la piel de Bick y Meltzer, el holding de Winnicott y el espacio de Resnik se conceptúan con un nivel más alto de abstracción.

Podríamos decir para aclarar las cosas que el concepto de holding no difiere sustancialmente en todos los autores que estamos considerando, pero se lo emplea con diferentes objetivos terapéuticos. En todos esos capítulos hemos señalado que, por su estructura y organización, el proceso analítico enfrenta al sujeto con períodos de contacto y ausencia que condicionan un tipo especial de angustia, la *angustia de separación*, fundamental en el período temprano de la vida. Con arreglo a este presupuesto teórico, el setting debe estar diseñado para que pueda servir de continente a los azares del contacto y la separación.

En el capítulo anterior vimos que los conceptos de identificación proyectiva y adhesiva sirven para comprender y manejar la angustia de separación cuando opera a través de mecanismos primitivos. El mejor recurso frente a la angustia de separación parece ser la identificación proyectiva, porque si uno puede meterse dentro del objeto no hay angustia de separación que valga. Sin embargo, en los primeros estadios del desarrollo, cuando no se ha configurado todavía el espacio tridimensional, el único recurso frente a la angustia de separación consiste en tomar *contacto mediante la identificación adhesiva*. En ambos tipos de identificación existe una confusión de sujeto y objeto, y por esto las dos son narcisistas, si bien la adhesiva no tiene la «hondura» de la proyectiva.

Como se comprenderá, el concepto de piel de Bick es distinto, pero también coincidente con el de holding. Winnicott no hace hincapié en la piel sino tal vez en los brazos. De todos modos, ambos conceptos son bastante coincidentes, si bien responden a esquemas referenciales distin-

tos. También en esto converge la investigación de Didier Anzieu sobre lo que él llama el yo-piel. Anzieu llega por su propio camino a una teoría muy similar a las de Winnicott y Bick.

2. Teoría continente/contenido

Siguiendo esta línea, vamos a aplicar ahora la *función continente* de Bion (1962b, etc.) al proceso analítico. La idea es afín al concepto de holding de Winnicott y al de piel de Bick, aunque también hay algunas diferencias, que no sé si son verdaderamente sustanciales. Formalmente, da la impresión de que los conceptos bionianos de continente y contenido tienen un nivel de abstracción mayor que el de holding, que siempre evoca un poco pañales y brazos de la madre, o el de piel, tan concreto. Bion procura ser abstracto, y hasta incluye signos para expresar sus ideas, los signos de hembra y macho representan el continente y el contenido, y dice —no sin cierta picardía— que estos signos simbolizan y a la vez denotan los órganos sexuales y el coito. Es una idea que viene de la teoría de la genitalidad de Ferenczi (1924), cuando el coito se define como un intento de regresar al vientre de la madre. El macho identifica su pene con el bebé que se mete adentro. Desde aquí, y por mucho que nos disguste, el coito es estrictamente una operación de alto nivel de abstracción, para nada concreta.

En realidad, de lo que Bion se ocupa con su teoría de continente y contenido es de la relación muy primitiva —y yo diría también que muy concreta— que el niño tiene con el pecho. Cuando tiene hambre, el niño busca algo que alivie su malestar y el pecho resulta ser el continente donde puede volcar esa ansiedad y del cual puede recibir leche y amor, a la par que significación, en forma tal que esa situación sea modificada. Esta idea de continente y contenido representados por el bebé y el pecho tomados en cuanto signos de una explicación es el punto de partida de toda una serie de desarrollos bionianos sumamente importantes, de los que surge una teoría del pensamiento no menos que una teoría de la relación de objeto. Vamos a ver en qué consisten estas dos teorías de Bion, para luego articularlas con la práctica, porque estamos tratando de estudiar teorías que nos permitan captar la angustia de separación e interpretarla más allá de las generalidades que no son nunca muy operativas, muy eficaces.

Para explicar cómo se origina el pensamiento, Bion utiliza el concepto de identificación proyectiva tal como lo planteó Melanie Klein. Bion nunca habla de identificación adhesiva y es posible que no haya llegado a ponerse en contacto con esa idea. A diferencia de Bick y Meltzer, al hablar de continente y contenido, Bion da por supuesta la tridimensionalidad, el espacio.

A partir de su trabajo al Congreso de Edimburgo de 1961, «A theory of thinking»,² y luego de haber estudiado en la década anterior la psico-

² publicó en el *International Journal* de 1962, cap. 9 de *Second Thoughts* (1967).

sis y el pensamiento esquizofrénico, Bion inicia una nueva etapa de su relevante labor que lo lleva al pensamiento y sus orígenes.

Bion afirma que nacemos con una *preconcepción* del pecho, algo que liga al hambre que podemos sentir con lo capaz de saciarla. A eso Bion le llama una *preconcepción* del pecho. El pecho de que hablamos aquí siguiendo a Melanie Klein, si bien es concretamente el pecho de la madre, es también un concepto global y abstracto, y a él se remite Bion cuando dice que hay una *preconcepción* del pecho. Cuando la madre real responde a esa *preconcepción* que tiene el niño, entonces se constituye la *concepción* del pecho. En otras palabras, la *concepción* del pecho se alcanza cuando la experiencia real, la *realization*, del pecho se junta con la *preconcepción* que *a priori* la suponía. A su vez, esa *concepción* evoluciona después como dice la tabla que Bion propone en sus *Elements of psycho-analysis* (1963).

Hay sin embargo todavía otra alternativa, y es la que pone en marcha justamente el proceso del pensamiento. Estamos aquí frente a uno de los aportes más hermosos de Bion.³ ¿Qué pasa —se pregunta Bion— hasta que aparece el pecho, cuando el pecho está ausente? Porque siempre habrá un lapso, un intervalo, en que la necesidad existe y no queda satisfecha. Esto es inevitable e inclusive, si no fuera así, se impediría el desarrollo. En esto coincide Bion con Winnicott, quien dice que la madre tiene que ir lentamente desilusionando al bebé, frustrándole para que de a poco vaya abandonando la ilusión de que él comanda el pecho, de que él crea el pecho.

Bion dice que, en principio, el bebé siente no que falta el pecho sino que hay un pecho malo dentro, un pecho malo presente que él quiere expulsar; y, cuando viene el pecho, el bebé siente que, desde afuera, le facilitaron la expulsión de ese pecho malo. (Este pecho malo presente que sólo puede ser expulsado es lo que en la teoría de las funciones se llama un *elemento beta*.)

Frente a esta circunstancia, y esta es la clave de la reflexión bioniana, se le plantea al individuo, al bebé y a todos nosotros también, una alternativa dramática, que es la de ignorar la frustración, evacuarla o negarla, o bien reconocerla y tratar de modificarla. Al intento de modificar la frustración Bion lo llama sobriamente *pensamiento*.

Esta explicación, donde interactúan la *preconcepción* y la *concepción*, lo innato y la experiencia, la fantasía y la realidad, la frustración y la satisfacción, todo en términos muy primitivos, viene a mostrarnos que hay una teoría de la relación de objeto en la raíz del pensar. Porque para Bion, no menos que para Melanie Klein y tal vez más, la *identificación proyectiva* es una relación de objeto tanto como un mecanismo de defensa. Es sin duda la conjunción del impulso y el mecanismo, de la angustia con una relación de objeto, lo que lleva a Klein a abandonar la teoría del *narcisismo primario* y a sostener que el desarrollo se centra en la *relación* *objetal*: la relación de objeto es de entrada; y, más aún, no hay psicología

³ Véase *Learning from experience*, especialmente caps. 11-12.

sin relación de objeto (1952a). Esta teoría no es por supuesto aceptada por Anna Freud, Margaret Mahler y todos los que mantienen la idea del narcisismo primario.

3. El *rêverie* materno

Bion utiliza con mano maestra la teoría de la identificación proyectiva para dar cuenta de los primeros vínculos. Tal vez más que Melanie Klein, entiende la identificación proyectiva como un tipo arcaico de comunicación. El concepto de *rêverie* materno está vinculado, justamente, a los mensajes que dirige el bebé a la madre poniendo dentro de ella, vía identificación proyectiva, partes de él en apuros. Al poner el acento en la vertiente comunicativa de la identificación proyectiva, Bion realza su valor en la temprana relación de objeto.

Para responder a ese método primitivo y arcaico de comunicación que es la identificación proyectiva del bebé, Bion supone en la madre una respuesta especial que llama *rêverie*.⁴ Bion ha propuesto esta palabra sin duda porque evoca en nosotros una penumbra de asociaciones que vienen a designar paradójicamente su significado. *Rêverie* en francés viene de sueño y significa ese estado en que el espíritu se deja llevar por sus recuerdos y sus imaginaciones. En español, la palabra que más se le asemeja es *ensoñar*. La madre responde a su bebé como ensoñándolo, como si estuviera flotando con sus sueños por encima de los hechos. Salvadas las disputas escolásticas, el *rêverie* de Bion se asemeja mucho al área de la ilusión winnicottiana, al menos hasta donde yo lo entiendo.

La función *rêverie* así considerada presenta una fuerte similitud con la formación del sueño, con el pasaje de proceso primario a la formación de imágenes oníricas, que Bion asigna en su teoría a la *función alfa*. Es algo bien distinto, por cierto, a la experiencia emocional del bebé, porque la experiencia emocional del bebé tiene que ser, en todo caso, significada por la madre: la madre tiene que darle significación. Tiene que haber, entonces, una fuerte identificación (introyectiva) que permite a la madre sentir el bebé dentro de ella, sentir lo que él siente. Este proceso sugiere fuertemente, al menos para mí, el mecanismo de la elaboración primitiva del sueño: el chico entra en la madre y la madre cambia el proceso primario por el cual el niño entra dentro de ella en proceso secundario.

Creo en conclusión que si Bion prefiere la palabra *rêverie* a otras más sencillas, como cuidados maternos, es porque pretende alcanzar otro nivel, quizá más abstracto, más subjetivo, más psicológico. La expresión cuidados maternos sugiere demasiado los aspectos fácticos de la crianza, sobre todo de resonancia emocional; y lo que Bion quiere subrayar justamen-

⁴ Piensa que la identificación proyectiva del bebé y el *rêverie* de la madre tienen una estrecha relación con los *fixed action patterns* y los *innate releasing mechanisms* de los animales.

te es este aspecto de la cuestión, el contacto emocional intersubjetivo que da significado a la relación madre/niño.

4. Splitting forzado y splitting estático

Bion no sólo estudia la función continente del pecho de la madre, que después nosotros aplicamos modelísticamente al tratamiento analítico haciéndola isomórfica con la función continente del encuadre, sino que expone también, algunos avatares psicopatológicos de este tipo de relación. Uno de ellos es el de niños que por diversas razones vinculadas a problemas endógenos o exógenos (como la falta de *rêverie* materno o la envidia del niño por el pecho que es capaz de proveerle todo lo que necesita), pueden llegar a una situación en que el proceso de la lactancia se ve interferido. El acto de mamar es, para Bion, sumamente complejo, por lo menos bifronte en cuanto supone incorporar la leche para satisfacer una necesidad física y al mismo tiempo introyectar el pecho en una experiencia emocional de vital importancia. Cuando este proceso queda interferido por algún factor como la envidia, sea la que siente el niño por el pecho o la que viene desde afuera a partir del padre, de los hermanos o de la misma madre (porque la madre puede sentir envidia del bienestar del bebé, como un analista puede sentir envidia de que su paciente mejore), el mamón se ve ante una situación prácticamente insuperable, porque mamar le despierta tanto malestar que no puede hacerlo. Así quedaría condenado a morirse de hambre, y apela entonces a lo que Bion llama *splitting forzado*: acepta de la madre el alimento, pero niega la experiencia emocional. Este *splitting forzado* aparece después en esos adultos voraces y siempre insatisfechos, que no pueden entender nunca el valor simbólico (o espiritual) de determinadas experiencias. Son tipos insaciables, sólo afectos a lo material, sin gratitud y siempre insatisfechos. Si compran cuadros no será por sus inclinaciones estéticas, por el gusto de tenerlos, sino como inversión o para no ser menos que el vecino. Estas personas tienen siempre graves trastornos del pensamiento porque fallaron en las bases, porque no pueden entender la experiencia emocional que se encuentra más allá de la satisfacción instintiva, condicionando los procesos de pensamiento y de amor (*Learning from experience*, capítulo 5).

En estos casos, ignorando su voracidad, el individuo se siente atado al pecho o, mejor dicho, atado por el pecho: siente que el pecho lo fuerza porque le proyecta su voracidad, que le vuelve como un bumerán y lo hace sentir atado, aunque de veras lo ata su avidez. Días después de haberme pedido venir dos veces por día para terminar pronto su análisis, un paciente me reprochaba que nunca lo daría de alta porque yo era uno de esos analistas tan perfeccionistas que nunca se conforman con los progresos de su analizado. Olgamos de paso que cuando empezó a analizarse sólo le interesaban el dinero y el coito.

Del *splitting* estático vamos a hablar cuando tratemos la reversión de la perspectiva. Este fenómeno (Bion, 1963) es una forma especial de resistencia, donde el paciente da vuelta la situación analítica y las premisas del análisis. Apoyado en sus propias premisas, por supuesto inconcientes, el analizado altera el proceso de una vez para siempre, de modo que cada cosa que se le interpreta queda automáticamente dada vuelta. A ese tipo de cambio sustancial que paraliza el proceso de introyección y proyección le llama Bion *splitting* estático.

5. Aplicaciones

Las ideas de Bion tienen valor para interpretar las angustias de separación teniendo en cuenta ciertos matices que se pueden presentar. Después de todo el recorrido que hemos hecho, estamos lejos, creo, de la interpretación clisé que se limita a afirmar que el paciente se sintió mal porque extrañó al analista en el fin de semana. Disponemos ahora de toda una serie de matices que van de la relación de objeto al deseo, de la voracidad y la envidia y los procesos de *splitting* a la pérdida, la dependencia y la pena con los cuales podemos decirle al paciente lo que realmente le pasa y no simplemente una generalidad sentimental.

Recuerdo de una supervisión el caso de una paciente que viene un lunes y habla largamente y con angustia de toda la serie de problemas que se le fueron presentando desde la sesión del viernes: lo que le pasó con su hijo, la intempestiva llamada telefónica de la suegra, la discusión con el marido. La primera interpretación de la analista fue que ella necesitaba contar todas esas situaciones de tensión y ansiedad por las que había pasado el fin de semana y que se le habían hecho difíciles de aguantar, para que la analista las reciba, se haga cargo y pueda ir devolviéndoselas de a poco, de manera tal que ella las pueda ir pensando. El objetivo de esta interpretación es que la paciente tome conciencia de la forma, legítima, por cierto, en que usa a su analista y, al decírselo, la analista no sólo comprende lo que pasa sino que de hecho se hace cargo. Antes de hacer conciente esta situación de nada vale entrar en el contenido de los distintos problemas.

Una interpretación como esta parece sencilla pero, en realidad, es complicada y sutil. Piénsese en el trasfondo teórico que la respalda y se verá que no es para nada simplista o convencional. La analista la hizo apoyada en el concepto de continente de Bion y en las teorías de la función alfa y del *rêverie* materno.

La respuesta de la analizada fue un sueño de esa mañana al despertar: «No sé que estaba esperando que viniera la sirvienta para limpiar la casa y empezaba a entrar en desesperación porque no aparecía. Sabía que me era necesaria, que si no está se me desorganiza todo el tiempo». El sueño confirma que la interpretación fue correcta y resultó operativa, en cuanto alude sin mucha deformación a la necesidad de que la analista le lim-

pie y la organice, le ayude a pensar; confirma que el punto de urgencia era la función continente del analista que, como tantas veces en los sueños, aparece de sirvienta. La interpretación formulada, que le hizo recordar el sueño, fue mejor que cualquier otra que, atendiendo los contenidos, dejara de lado el manejo proyectivo de la ansiedad.

Puede decirse también que la analista pudo *pensar* lo que pasaba y, al decirselo, le devolvió a su analizada la función alfa que le había proyectado en el fin de semana. La analizada pudo entonces pensar y recordó el sueño que confirmaba la hipótesis de la interpretación. Por lo rápido y ajustado de su respuesta se puede suponer que esta enferma no es muy grave, porque pudo responder bien, porque bastó una buena interpretación para que recuperara su capacidad de pensar; y, sin embargo, yo estoy convencido de que si se le hubieran interpretado algunos de los conflictos que traía el material no lo hubiera comprendido, porque necesitaba antes que nada que alguien contuviera su ansiedad y la hiciera pensar.

Otro aspecto importante de este material, y en general de este capítulo, es que la idea de evacuación es distinta a la acepción peyorativa que le da comúnmente el lenguaje ordinario. Que ella homologue a su analista con la sirvienta expresa la transferencia positiva, porque para ella la sirvienta era muy importante. Le había costado siempre tolerar una sirvienta que la ayudara.

Si se hacen adecuadamente, como en este ejemplo, las interpretaciones de la angustia de separación abren el camino al diálogo analítico, reconstruyen la relación comensal entre analizado y analista, restablecen la alianza de trabajo y permiten, entonces sí, hacer una interpretación de los contenidos del material.

Deseo afirmar por último, y sé que muchos analistas no estarán de acuerdo, que una interpretación como esta que trata de hacer conciente en el enfermo su necesidad de sostén, es superior al silencio comprensivo y a toda maniobra o manejo que pretenda cumplir con la función de holding o reforzar la alianza de trabajo. Es mejor porque lo que necesita en ese momento el analizado no se actúa sino que se interpreta.

El empleo clínico de la teoría continente/contenido trae problemas bastante complicados: ¿hasta dónde se recibe y desde cuándo se empieza a devolver? No es sencillo decirlo. Sólo el material del analizado, la experiencia y la contrasferencia pueden orientarnos. Es en general a través del material del paciente y de la contrasferencia que uno decide cuándo puede o debe intervenir. Evidentemente, la idea de continente implica, por definición, que no todo lo que dice el paciente debe serle devuelto en forma de interpretación. En este sentido puedo decir que la teoría de la función continente, que parte indudablemente de Melanie Klein pero adquiere más envergadura en Winnicott, Bion, Esther Bick o Meltzer, viene en alguna forma a darle la razón a los psicólogos del yo cuando decían que Melanie Klein interpretaba demasiado. Creo, efectivamente, que en sus primeros tiempos Klein devolvía demasiado pronto las proyecciones del paciente. Ahora sabemos que hay que interpretar, e incluso interpre-

tar como quería Klein; pero que también hay que dosificar. Conservamos de Klein, entonces, la idea de que hay que resolver los problemas con la interpretación y sólo con la interpretación; pero la teoría de un analista continente implica una mayor complejidad en la tarea interpretativa. Como vimos en su momento, el nuevo enfoque está muy vinculado, también, a los estudios sobre la contratrasferencia.

En su trabajo de Londres, ya citado, Green (1975) se plantea este problema sobre la base de su esquema de dos tipos de angustia, de separación y de intrusión; y piensa que hablar mucho o callar mucho es igualmente malo, ya que si hablamos mucho somos intrusivos y si callamos demasiado incrementamos la angustia de separación. Por esto Green piensa que una técnica como la de Winnicott es la más conveniente. A un extremo está la técnica de Balint, que trata de intervenir lo menos posible para permitir y estimular el *new beginning* bajo la benevolente protección del analista. En el otro polo está la técnica kleiniana que, al contrario, trata de organizar la experiencia tanto como sea posible a través de la interpretación. Entre los dos extremos está Winnicott, quien le da al setting su lugar adecuado y recomienda una actitud no intrusiva. «Si me siento en armonía con la técnica de Winnicott, y si aspiro a ella sin sentirme capaz de manejarla es porque, a despecho del riesgo de fomentar la dependencia, me parece la única que le da su lugar correcto a la noción de ausencia» (Green, 1975, pág. 17).

Por lo que acabo de decir, creo que las reflexiones de Green llevan el problema a un lugar distinto del que yo quise ubicarlo. El silencio y la palabra, estoy convencido, deben también ser interpretados.

Quinta parte. De las etapas del análisis

44. La etapa inicial

En la cuarta parte de este libro estudiamos con algún detalle la naturaleza del proceso analítico. Empezamos por discriminar situación de proceso y después pasamos revista a las principales teorías que tratan de explicarlo, con lo que tuvimos que considerar puntos de vista múltiples y a veces divergentes, cuando no contrapuestos.

Ahora nos toca una tarea menos compleja y de menor nivel teórico pero no por ello menos interesante, y es la tipificación de las *etapas del análisis*. En la medida en que las vayamos recorriendo verá el lector su importancia práctica, no menos que el respaldo que da para entenderlas el arduo estudio anterior.

1. Las tres etapas clásicas

Para iniciar este capítulo debemos plantear un problema previo, y es si existen realmente etapas en el tratamiento analítico, porque podrían no existir. En realidad, la mayoría de los autores piensa que existen y no sé si hay quien lo ponga en duda; pero, de todos modos, la discusión es pertinente por más que pueda ser breve. Cuando se dice que hay etapas lo que se quiere significar es que en la evolución del proceso psicoanalítico hay momentos característicos, definidos, distintos de otros, momentos con una dinámica especial que los distingue.

Freud (1913c) comparó el tratamiento psicoanalítico al noble juego del ajedrez para señalar lo que yo acabo de exponer. Decía que hay tres etapas en el juego del ajedrez y tres también en el análisis. De ellas, por sus características intrínsecas, sólo la primera y la última pueden ser enseñadas; la del medio, en cambio, se presta a tantas variantes, para decirlo en términos ajedrecísticos, que es prácticamente imposible estudiarla sistemáticamente. Cuando Freud dice que se pueden sistematizar el comienzo y el final del proceso analítico, quiere decir que estas etapas (y por exclusión también la otra, la del medio), tienen mecanismos específicos. Esto es cierto, hasta el punto de que se puede llegar a determinar en el protocolo de una sesión psicoanalítica a qué etapa pertenece, lo que a veces un analista experimentado puede hacer con bastante exactitud.

Otra circunstancia que habla de la especificidad de estas etapas es que incluye en los casos donde el avance del análisis no ha sido lo suficientemente satisfactorio como para que se piense en una terminación, de

hecho si se la plantea se desencadenan ciertos mecanismos que son propios de esa fase, aunque se advertirán también algunos indicadores de que no se ha llegado verdaderamente al final.

Las tres etapas que delimita Freud son las que clásicamente se admiten como las típicas del tratamiento psicoanalítico, las mismas que estudia Glover en su conocido libro de técnica, publicado en 1955.

La *primera etapa*, la *apertura* del análisis, se inicia con la primera sesión y tiene por lo general una extensión limitada, al menos para los casos típicos, que oscila entre dos y tres meses según la gran mayoría de los autores. Se caracteriza por los ajustes que surgen entre los dos participantes mientras plantean sus expectativas y tratan de comprender las del otro.

La *segunda etapa* o *etapa media* es como se ha dicho la menos típica, la más larga y creativa. Empieza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego: asociación libre, interpretación, ambiente permisivo pero no directivo, etcétera. Se prolonga por un tiempo variable hasta que la enfermedad originaria (o su réplica, la neurosis de transferencia) haya desaparecido o se haya modificado sustancialmente. Esta etapa se distingue por las continuas fluctuaciones del proceso, con sus mareas de regresión y progresión siempre regidas por el nivel de la resistencia.

Entonces empieza la *tercera etapa*, la *terminación del análisis*, que para los autores clásicos no se prolongaba mucho tiempo. Si en la primera etapa aparecían como inevitables coloridos la esperanza y la desconfianza, ahora se harán presentes sin excepción cierta pena por la despedida, la alegría por haber llegado a la meta y la incertidumbre por lo por venir.

Vemos, pues, en conclusión, que los tres tramos del tratamiento psicoanalítico existen por derecho propio, y cada uno de ellos ostenta rasgos distintivos. La duración total de la cura se ha prolongado mucho, muchísimo, desde que Freud decía en «Sobre la iniciación del tratamiento» que se necesitan siempre periodos prolongados, de un semestre hasta un año por lo menos;¹ y, sin embargo, las características descriptas siguen siendo las mismas. En conclusión, la división del tratamiento en etapas no es puramente fenomenológica o morfológica, en el sentido de que toda tarea tiene un principio, un medio y un fin; se justifica, al contrario, porque es posible adscribirle a cada una de ellas características que le son propias y esenciales.

2. La división de Meltzer

La división tripartita que nos viene de Freud, de Glover y de los otros autores clásicos nos es tan natural y previsible que resulta difícil pensar en cambiarla. ¿No tiene, acaso, cualquier proceso un comienzo, un me-

¹ «Para decirlo de manera más directa: el psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados, medio año o uno entero; son más largos de los que esperaba el enfermo» (A.E., 12, pág. 131).

dio y un fin? Sin embargo, al estudiar el proceso psicoanalítico en su libro de 1967, Meltzer se ha animado a proponer una división más compleja y pormenorizada que consta de cinco etapas, porque la segunda y la tercera de la antigua se dividen en dos. Para formular esta propuesta, Meltzer se basa en dos instrumentos básicos de la doctrina kleiniana, los conceptos de identificación proyectiva e introyectiva, que para el caso es lo mismo que decir posición esquizoparanoide y posición depresiva. Obviamente, quien no acepta estos conceptos no va a tener en cuenta esta división. Los otros, en cambio, los que suscriban la realidad de estos mecanismos, pensarán que la propuesta de Meltzer permite una discriminación que otras teorías no alcanzan.

Aunque yo escribo para todos los analistas y no sólo para los de mi escuela, voy a seguir a Meltzer en este punto, confiando en que el lector podrá apreciar las ventajas de esta clasificación aunque no la comparta ni vaya a aplicarla en su práctica.

La primera etapa del análisis, que Meltzer llama *la recolección de la transferencia*, corresponde a la apertura de la división tripartita. Las descripciones de Meltzer coinciden aquí con las de Glover, hasta el punto que le asigna para los casos típicos el mismo tiempo de duración, dos a tres meses aproximadamente.²

La etapa media queda dividida en dos, según la forma y la intensidad en que actúe la identificación proyectiva. Al principio del análisis, en *la etapa de las confusiones geográficas*, la identificación proyectiva opera masivamente contra la angustia de separación, provocando una confusión de identidad en la cual no se sabe quién es quién, quién es el analista y quién es el analizado.³

Cuando con el correr del tiempo y al compás del progreso del tratamiento se morigera suficientemente la angustia de separación, se superan los problemas de identidad; pero aparecen otros que, siguiendo a Erikson (1950), Meltzer llama *la etapa de las confusiones de zonas y de modos*. Ahora el analista y el paciente están diferenciados, cada uno en su lugar. Ya no hay una confusión de identidad, pero sí una confusión de funcionamiento. Esta etapa, que es para Meltzer la más larga de la cura, consiste en que se vayan despejando las confusiones en las zonas erógenas, con lo que se destacan más y más la relación con el pecho y la situación triangular edípica.

Cuando esto se va logrando, empiezan por fin a predominar los procesos introyectivos sobre los proyectivos y el analizado se acerca a la posición depresiva. Aquí Meltzer sigue de cerca a Klein cuando decía, en 1950, que la terminación del análisis se vincula con el resurgimiento de las angustias depresivas, que ella ligaba específicamente a la pérdida del pecho.

También en la tercera etapa o cierre del análisis Meltzer distingue dos momentos. El primero de ellos se inicia cuando, gracias al predominio de

² Va de suyo que al hablar de plazos en el tratamiento siempre lo hago en cifras promedio y con un margen amplio de variación.

³ Recuérdese lo dicho sobre el uso de la identificación proyectiva para vencer la angustia de separación en los capítulos anteriores.

los mecanismos introyectivos, el analista es visto como un objeto de amor que se puede perder. La omnipotencia ha cedido notoriamente y el analizado reconoce el valor de su vínculo con el analista y depende de él. Como decía Klein en el trabajo recién citado, las angustias depresivas ocupan ahora el centro del escenario y, como el predominio de las angustias depresivas en el aparato psíquico es siempre precario e inestable, Meltzer le llama a esta etapa del análisis, la cuarta, *el umbral de la posición depresiva*.

Cuando el analizado ha logrado internarse suficientemente en esta área empieza a imponérsele la proximidad de una separación inevitable y no deseada, con lo que entra en el último período del análisis que, siguiendo el modelo kleiniano del desarrollo, Meltzer llama *el período del destete*.

Las dos últimas etapas de Meltzer están, pues, bajo el signo del proceso de duelo con que termina el análisis para muchos autores y no sólo para los kleinianos, de modo que se las puede admitir sin seguir estrictamente el esquema referencial de este autor. Digamos, para terminar, que estas dos etapas no siempre se distinguen claramente, si bien es innegable que hay un momento en que el analizado se enfrenta con la posibilidad de terminar la experiencia analítica y otro en que el desprendimiento realmente se consuma.

3. La apertura

Como acabamos de ver, hay una gran coincidencia entre los autores de diversas escuelas sobre las características generales y la duración de la etapa inicial del análisis; pero veremos en seguida que la forma en que se la conceptúa y la técnica con que se la enfrenta varían grandemente.

Por lo general, se le asigna a esta etapa una duración que no va más allá de dos o tres meses para un paciente típico, esto es para el caso neurótico. En los pacientes muy perturbados (psicóticos y fronterizos, perversos, adictos y psicópatas) este período puede presentar problemas especiales y tener, desde luego, una duración mucho mayor. Recuerdo, por ejemplo, el caso de una mujer con una vida sexual promiscua y fuerte homosexualidad latente que en las entrevistas iniciales expresó grandes dudas entre analizarse conmigo o con una colega a la que también había entrevistado. Se decidió al fin por mí, pero durante todo un largo año de análisis (largo al menos para mi contratrasferencia!) estuvo continuamente pensando en cambiar de analista porque una mujer la comprendería mejor que yo. Más de una vez consideré yo que el análisis se había puesto en marcha, cuando ella volvía a replantear el problema previo de la elección de analista. Si bien es cierto que yo podía analizar estas fantasías y ella aceptar mis interpretaciones reconociendo implícitamente que estaba de hecho analizándose conmigo, su reserva pendía como una espada de Damocles sobre la relación.

Los autores que creen que el análisis tiene que ver con un proceso regresivo pueden poner una línea divisoria muy nítida entre la primera y la

segunda etapa diciendo simplemente que es el momento en que los fenómenos trasferenciales del comienzo cristalizan en la neurosis de transferencia, momento en el cual se establece paralelamente la alianza terapéutica. Estos autores distinguen conceptualmente en forma muy decidida entre las transferencias en plural y la neurosis de transferencia.

La diferencia entre las reacciones trasferenciales del comienzo y la neurosis de transferencia que después se instala se remonta a las «Lectures on technique in psycho-analysis» que Edward Glover dio en el Instituto de Londres a comienzos de 1927.⁴ En el capítulo V de esas conferencias, titulado «The transference neurosis», Glover habla de las reacciones trasferenciales espontáneas, diferentes y previas a la neurosis de transferencia, la cual se inicia cuando los conflictos del paciente convergen en la situación analítica.⁵

A estos fenómenos Glover les va a llamar después en su libro *transferencia flotante*, una expresión por demás plástica y adecuada, en cuanto recoge la gran movilidad del incipiente fenómeno trasferencial. Utilizando un modelo que a mí me parece muy lindo, Glover compara el comienzo del análisis a la brújula, en el sentido que uno pone la brújula sobre la mesa y la aguja oscila muchísimo, pero cada vez menos, hasta que finalmente se dirige hacia el norte, que para el caso es el analista. La transferencia flotante va, pues, a desaguar a la neurosis de transferencia.

Con estas caracterizaciones Glover no se aparta, por cierto, de lo que dice Freud en el ya comentado ensayo de 1913. Como todos recuerdan, Freud aconseja allí taxativamente: «*Ahora bien, mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyan sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia*. Es preciso aguardar para este, el más espinoso de todos los procedimientos, hasta que la transferencia haya devenido resistencia» (AE, 12, pág. 140; las bastardillas son del original).

En seguida Freud se pregunta cuándo habrá el analista de comenzar su tarea interpretativa y su respuesta es clara: «No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un *rapport* en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a este y a la persona del médico. Para ello no hace falta más que darle tiempo» (*ibid.*).

Creo que no es atrevido suponer que la diferencia que establece Freud entre *rapport* y resistencia de transferencia coincide *grosso modo* con la transferencia flotante y la neurosis de transferencia de Glover; pero a esto vamos a volver dentro de un momento cuando examinemos el relato de Maxwell Gitelson al simposio sobre *Los factores curativos en psicoanálisis* del Congreso de Edimburgo de 1961.

Glover ha descripto algunos elementos que permiten detectar el pasaje de la transferencia flotante a la neurosis de transferencia, esto es de la

⁴ Editadas en el *International Journal*, son la base del libro de técnica.

⁵ «...when the ground of the patient's conflict has been shifted, from external situations to internal maladaptations of a symptomatic sort, to the analytic situation itself» (1928, pág. 7; este texto está en bastardillas en el original).

primera a la segunda etapa. La atmósfera analítica de los primeros tiempos empieza a cambiar sutilmente y el analista encuentra que, en lugar de ir cronológicamente hacia atrás en la historia del paciente, se encuentra ahora presionado hacia adelante por el creciente interés del paciente por el día de hoy.⁶ Se aprecia entonces que la libido del paciente se está dirigiendo cada vez más hacia el analista y la situación analítica y, a través de un sinnúmero de indicios sutiles, parece cada vez más claro que el analizado está reaccionando frente a la situación analítica. Al dirigirse a su sesión, el paciente puede tener ahora un ataque de ansiedad y las naturales pausas durante la asociación libre se van alargando, hasta que la sesión entera se transforma en una grande y tensa pausa. Dentro de este conjunto de indicadores hay uno al que Glover le da una primerísima importancia, y es cuando el analizado expresa, por fin, que cree que ha llegado el momento de que sea ahora el analista el que hable.

Las observaciones de Glover son interesantes porque muestran la evolución típica de un análisis. Similares comentarios había hecho Freud en «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b), cuando decía que si cesan las asociaciones es porque el analizado se halla bajo el dominio de una ocurrencia que se refiere a la persona del médico; pero, en el ensayo de 1913, Freud dice que la resistencia puede establecerse desde el primer momento y entonces lo mejor es atacarla decididamente, lo que no se compadece del todo con su opinión de que primero hay que lograr el rapport del paciente y luego interpretar.⁷

La nomenclatura con que Meltzer designa a esta etapa, «recolección de la transferencia», coincide con todo lo dicho hasta ahora, en cuanto a que los fenómenos transferenciales están al comienzo desperdigados y el analista tiene que ir juntándolos; pero esta tarea es más activa para los analistas kleinianos que para Freud o Glover. Meltzer no desestima, sin embargo, los aspectos convencionales de la situación analítica y el contacto con lo que él llama la *parte adulta* de la personalidad del paciente, niño o adulto. Meltzer es partidario de unir, al comienzo del análisis, la interpretación con las necesarias aclaraciones sobre el setting y el procedimiento analítico. La ansiedad no sólo se debe *modificar* a través de la interpretación sino también *modular* con el setting.

Digamos, para terminar este párrafo, que durante esta primera etapa la relación analítica es muy fluida y pesan sobre ella fuertemente las normas convencionales. Cuando estas normas se abandonan puede afirmarse que la primera etapa se ha sobrepasado. Entonces un paciente puede decirme que no le gusta un adorno de la sala de espera o una mujer que le vino la menstruación, en la inteligencia de que yo entenderé *eso* dichos como asociaciones libres y no otra cosa.

No siempre se puede pasar de golpe de una situación convencional de

⁶ «Instead of going backwards chronologically in the patient's history we find ourselves pressed forward by the patient's increasing concern with the present day» (Glover, 1933, pág. 111; este texto está en bastardillas en el original).

⁷ Recuerdare lo dicho en el capítulo 31 sobre lo que piensa Klein al respecto.

las relaciones sociales corrientes a la por demás singular situación analítica y es necesaria cierta tolerancia y mucho tacto frente a un paciente que está al comienzo del análisis y que no se da cuenta por desconocimiento o por sus problemas psicopatológicos de las reglas del juego. Sin caer en la demagogia del apoyo, siempre se puede ser cortés sin por eso dejar de ser analista. A veces, un paciente novato formula una pregunta frontal e ingenua que nunca se podrá contestar sin grave desmedro de la reserva analítica; pero, de todos modos, algo se le podrá responder sin dejarlo colgado, desairado y sin que, desde ya, le contestemos lo que nos pregunta.

4. La relación diádica

Es difícil hacer justicia al rico trabajo que Gitelson presentó en Edimburgo no sólo por la variedad de conceptos que maneja sino también porque son múltiples los objetivos del autor. Gitelson se propone, por una parte, fijar su posición en cuanto a los factores curativos del psicoanálisis cuestionando severamente algunas actitudes que, so color de la humanización del procedimiento, abandonan su técnica; pero además investiga el origen de la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica, ubicándolas en el marco de una teoría del desarrollo.

Gitelson aplica el modelo de la relación diádica madre/niño a la configuración que se observa al comienzo del análisis. Entre el analista como madre y el paciente como bebé se estructura una relación diádica que es la condición necesaria para que se establezcan la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia. Esta última es, para Gitelson, como en general para todos los psicólogos del yo, una relación triangular, la situación edípica típica. Lo que ulteriormente se va a constituir como alianza de trabajo, en la primera etapa del análisis no es más que la relación diádica entre un analizado que viene con sus necesidades más primitivas y un analista que responde adecuadamente. A esa actitud del analista que responde a las necesidades del analizado Gitelson la llama *función diatrófica*, siguiendo a Spitz. Este (1956b) decía que, frente a las necesidades iniciales del paciente, el analista responde con un fenómeno de *contratransferencia* que constituye su respuesta diatrófica dentro de la situación diádica. Aquí, como es fácil comprender, la contratransferencia no se entiende como un fenómeno perturbador sino al contrario, por completo adecuado a las necesidades del paciente, similar a la respuesta de los padres a los requerimientos del niño.⁸ El niño incorpora la actitud diatrófica de los padres al final de la relación analítica mediante un *proceso* de identificación secundaria, que se ubica en el primer semestre del segundo año de la vida e inicia para Spitz el camino de la socialización, que lo conducirá a ser en su momento también padre.⁹ Esta función

⁸ Este deriva su adjetivo del verbo griego que significa mantener o soportar.
⁹ Este sigue aquí su conocida teoría del desarrollo de las relaciones de objeto del niño

adecuadamente sublimada es una condición necesaria del trabajo analítico, un punto donde Spitz coincide con la idea de contratrasferencia normal de Money-Kyrle (1956).

Siempre siguiendo a Spitz, nuestro autor piensa que la actitud diatrófica del analista tiene su contrapartida en la relación anaclítica del niño con su madre en el estadio de identificación secundaria. En estas condiciones, el paciente siente la necesidad de un soporte del yo (*ego-support*) y el analista tiene, como la madre, la función de un yo auxiliar para el paciente. A esto se le puede llamar con propiedad *rapport*, el sentimiento esperanzado de una respuesta diatrófica del analista. El *rapport* que Freud reclamaba como condición necesaria del análisis deriva de ese primer contacto entre analizado y analista que establece la ecuación anaclítico-diatrónica. El *rapport*, afirma Gitelson, es el primer representante de la transferencia flotante (pág. 199).

En un momento ulterior, y gracias al *rapport*, la transferencia flotante se convierte en neurosis de transferencia y el *rapport* queda como alianza terapéutica. Definiendo rigurosamente sus términos, Gitelson dirá que la neurosis de transferencia es anaclítica y la alianza de trabajo diatrónica.

Si la ecuación anaclítico-diatrónica no se da espontáneamente, Gitelson no cree que se la pueda reconstruir; esta es para él, la condición necesaria para que el análisis pueda empezar. Si este basamento no está, no se va a poder cumplimentar esta etapa, no se va a llegar nunca a ese momento en que se delinean la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia. En este punto, Gitelson coincide con sus colegas de la *ego-psychology*, y no con los que piensan que la situación originaria se puede reconstruir (Winnicott, Balint) o se puede interpretar (Klein). Para Gitelson la relación diádica no es interpretable: si el paciente es capaz de establecerla (esto es, si es analizable) y si nosotros sabemos no interferirla se desarrolla espontáneamente. En este punto Gitelson sigue estrictamente a Freud cuando decía que si al comienzo del tratamiento el analista no perturba la marcha del proceso, pronto el paciente lo adscribe a una figura benevolente de su pasado y allí se inicia la neurosis de transferencia.

Gitelson opera en todo su ensayo con que el ser humano viene dotado de un impulso al desarrollo. Esta idea proviene sin duda de Freud; pero quien la desarrolló teóricamente fue Edward Bibring en su contribución al *Simposio sobre la teoría de los resultados terapéuticos del psicoanálisis* de Marienbad (1936).

Bibring habla en su ponencia de cómo operan los factores curativos desde el ello, el yo y el superyó; y, cuando habla del ello, dice que hay un impulso al desarrollo que considera fundamental.

en tres etapas: *anufjetal*, que va desde el nacimiento a la sonrisa del tercer mes; *del objeta precursor*, que llega hasta la angustia del octavo mes, y la *etapa objeta* propiamente dicha, que se extiende hasta los dos años y medio, donde el niño alcanza el nivel del pensamiento simbólico con el *no mnémico*. (Véase *La première année de la vie de l'enfant* y «*Transference: the analytic setting and its prototype*»).

5. Sobre la personalidad del analista

Dije que un propósito central del relato de Gitelson es defender el método psicoanalítico frente al de las psicoterapias, analíticas o no, y también frente a los analistas que hacen depender la marcha del proceso de la personalidad del analista y abogan por la humanización de la cura. El fondo de esta discusión es el lugar que vamos a dar en nuestras teorías a la humanidad del analista. Que opera como un factor *necesario* es para mí innegable y creo que nadie lo puede poner en duda. Lo que se discute es si la humanidad del analista puede ser también un factor *suficiente* en los resultados de nuestro método. Si un analista carece de objetividad o de bondad, de piedad inclusive por los defectos del hombre (no digo comprensión, ni siquiera respeto, sino piedad) no puede ser analista. Todos estos factores, la probidad, la honestidad, nadie duda de que son fundamentales. Si no se dan estas condiciones es lógicamente imposible que el analista pueda dar con la interpretación, porque esta no surge de un proceso intelectual, surge, por ejemplo, de la probidad que yo sea capaz de tener frente a lo que el analizado me está diciendo o haciendo. Si el analista no es probo, si no es honesto o justo, nunca va a hacer la interpretación correcta. No es esto, creo yo, lo que aquí se discute, sino la idea de humanizar la relación analítica para que sea de por sí un factor curativo. Lo que dice Gitelson, que es también lo que sostiene este libro, es que esos elementos no son factores curativos sino *requisitos*.

Se ataca la pasividad del analista, el silencio del analista, la restricción que él mismo se impone de sólo interpretar y se propicia que hay que participar más. Este punto de vista ha sido elevado a la categoría de una teoría de la praxis por la psicoterapia existencial: lo que vale realmente es el *encuentro* existencial. Esos encuentros existenciales a veces son encuentros y a veces son desencuentros fabulosos, como el de Médard Boss cuando hace pasar el hipo de su enfermo apretándole el cuello como estrangulándolo. Gitelson reacciona a todo esto con mucha energía, lo que no hace más que ratificar lo que todos los que lo conocían afirman: su propia naturaleza bondadosa, su intachable probidad intelectual. Gitelson no quiere caer en una situación de apoyo, de encuentro existencial o de humanización simplista sin irse tampoco al otro extremo, el del analista rígido y distante que cree estar cumpliendo con las reglas del arte cuando lo que hace realmente es desplegar su neurosis obsesiva, cuando no su sadismo o su esquizoidia. Con la teoría de una relación diatrófica-anaclítica, Gitelson se propone despejar este campo sin caer en una humanización barata. Sabemos que en esto incurrimos a veces en la práctica cotidiana del consultorio y que hay también dentro del psicoanálisis clásico quien lo propicia. Tal vez el esfuerzo más grande del trabajo de Gitelson es no hacer intervenir la atención en la primera etapa del tratamiento y por eso critica las ideas de Freud (1925) en el Congreso de Salzburgo.

45. La etapa media del análisis

1. El concepto de neurosis de transferencia

Como acabamos de ver en el capítulo anterior, la forma clásica de entender la etapa media del análisis es siguiendo el concepto de neurosis de transferencia, que Freud introdujo en «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g). Freud sostiene en este ensayo que al comienzo del análisis se establece un fenómeno muy particular: la neurosis que había traído al paciente al consultorio se estabiliza, no tiene tendencia a progresar, a producir nuevos síntomas, incluso tiende a disminuir o aun a desaparecer, mientras empiezan a aparecer otros síntomas, isomórficos con los de la neurosis originaria, que revelan una conexión con el análisis y/o con el analista, y a los que Freud llamó, adecuadamente sin duda, *neurosis de transferencia*.

Como lo dije reiteradamente, la neurosis de transferencia debe entenderse como un concepto técnico, en cuanto postula que las condiciones del tratamiento analítico, del proceso analítico, hacen que los síntomas, antes agrupados en una determinada entidad clínica, se trasformen en otros, nueva versión que siempre tiene referencia, directa o indirecta, con el tratamiento y desde luego con el analista; y es justamente esta nueva producción de la enfermedad la verdaderamente atacable por el método psicoanalítico.

En el trabajo de Freud no está dicho, sin embargo, en modo alguno, que los únicos síntomas que pueden sufrir este proceso de reconversión son los neuróticos. Al contrario, lo que ha dicho Freud muchas veces es que *todos* los síntomas que presenta el paciente son susceptibles de esta mutación, de esta alquimia que los transforma en transferencia. En el trabajo que estamos comentando, por ejemplo, Freud cita el caso de una mujer madura que sufría estados crepusculares en los cuales abandonaba su casa y su marido y que lo «abandonó» también a él luego de una semana de tratamiento en que la transferencia creció en forma inquietantemente rápida, sin darle tiempo para impedir tan catastrófica repetición (44, 12, pág. 155). Aquí, evidentemente, el cuadro no es neurótico sino psicótico (estado crepuscular) y la transferencia se presenta de todos modos, asumiendo un carácter de resistencia incoercible.

Cuando la transferencia se hace esencialmente negativa como en los paranoicos, diré en otra oportunidad, cesa toda posibilidad de un tratamiento analítico, esto es, el fenómeno transferencial existe, se presenta, pero no podemos resolverlo. El mismo año de este ensayo, sin embargo, en

su «Introducción del narcisismo», Freud estableció una diferencia nítida entre neurosis de transferencia y neurosis narcisística, afirmando que sólo en las primeras hay una capacidad objetal de relación, es decir, una transferencia de libido que hace posible el tratamiento psicoanalítico. Esta clasificación pertenece de hecho a la psicopatología, y no a la técnica; pero lo que se discute, entonces, en realidad, es si estas dos clases son idénticas, son superponibles. Para algunos autores lo son y para otros no. Cuando hablamos de las indicaciones o contraindicaciones del tratamiento psicoanalítico desarrollamos esta controversia, señalando que si aplicamos el concepto psicopatológico de neurosis de transferencia a la clínica, a la praxis, estamos fijando también, de hecho, una determinada posición frente a los alcances del método. Se recordará que en aquella oportunidad, y lo mismo al hablar de las formas de transferencia en el capítulo 12, me incliné por distinguir ambos conceptos y definí a la neurosis de transferencia como un fenómeno que se da en la práctica, como un concepto técnico que abarca la reconversión del proceso patológico en función de la persona del analista y su setting, sin abrir juicio sobre la posibilidad de analizarlo. También Weinshel (1971) establece la diferencia entre la neurosis de transferencia como concepto técnico y como concepto psicopatológico, si bien el desarrollo de su pensamiento lo lleva, a mi entender, a superponer la neurosis de transferencia con la transferencia en general.

2. Variaciones sobre el mismo tema

Discutir en qué consiste la neurosis de transferencia, cuál es su naturaleza y cuáles son sus límites es el contenido manifiesto de una controversia académica. Las ideas latentes que la determinan, sin embargo, tienen que ver con formas distintas de entender el análisis y su praxis, cuándo empieza y hasta dónde se extiende la transferencia, cómo opera la interpretación, qué función cumple el setting.

El trabajo de Gitelson plantea estos problemas rigurosamente, en cuanto delimita y circunscribe la neurosis de transferencia a una situación triangular y específicamente edípica, que puede ser alcanzada y modificada por la interpretación. La relación diádica del comienzo de la vida entre el niño y la madre se reproduce siempre al comienzo del análisis pero nunca jamás será parte de la neurosis de transferencia, esto es, interpretable y modificable. Spitz (1956) introdujo el concepto de actitud diatrófica para especificar una determinada conducta espontánea e inconciente del analista (por esto, justamente, creo yo, la llama contrasferencia), que responde a la posición anaclítica del paciente, pero ni él ni Gitelson piensan que estos fenómenos pueden ser analizados. Piensan lo mismo que Elizabeth R. Zetzel, cuando dice que sólo el complejo de Edipo puede ser analizado y afirma que es condición necesaria para ello que el futuro paciente haya ya resueltos sus conflictos diádicos con la madre y el padre.

No siempre es fácil, por cierto, decidir en la relación inmediata y compleja del consultorio si una relación es diádica o triádica, más allá de que si siguiéramos estas reglas tan prístinas caeríamos en contradicción con sólo decirle a un paciente que homologa la interpretación con la leche de la madre. Pacientes como la que se le escapó a Freud en un estado crepuscular y hasta la misma Dora parecen mostrar a las claras que la actitud cauta de los analistas clásicos, de la gran mayoría de los analistas franceses y europeos, de muchos psicólogos del yo y de los analistas de la Clínica de Hampstead no deja de tener sus bemoles.

De esto parece darse cuenta un teórico tan competente como Loewald en su trabajo sobre el concepto de neurosis de transferencia.¹ Presenta allí el caso de una joven de 19 años cuya neurosis de transferencia tuvo un desarrollo rápido e intenso que lo obligó a interpretar tempranamente la transferencia, dejando para mejor ocasión el análisis de las resistencias. La mayor resistencia en este caso, dice Loewald, era la transferencia misma.

Es que la neurosis de transferencia que se va instalando lentamente mientras el relajado analista cumple el mandato de Freud de ir desbrozando las resistencias sin tocar para nada el espinoso tema de la transferencia es un ideal de nuestra práctica (y de nuestra neurosis de transferencia con Freud) que sólo nos es permitido cuando estamos frente a un caso de neurosis no demasiado severo. En los otros, que son ahora los más frecuentes, los fenómenos transferenciales no tardan en presentarse, y lo mismo pasa siempre con adolescentes, púberes y niños.

Un caso singularmente explicativo es el que expone Harold P. Blum en su relato prepublicado para el Congreso de Madrid de 1983.² Se trata de un hombre joven que antes de la primera sesión habló para comunicar que su madre había muerto y que se pondría en contacto con Blum después del entierro. Un año y medio después volvió a verlo, le confesó que le había mentado, que su madre seguía viva y que ahora sí quería empezar a analizarse. Blum lo tomó y pudo analizar cabalmente aquella mentira colosal y remitirla a los conflictos con la madre viva (y enferma) y el padre muerto en su vehemente versión transferencial. Conociendo las teorías de Blum y su envidiable capacidad técnica, yo me pregunto ahora qué habría hecho él si este paciente, en lugar de empezar el análisis comunicando por teléfono la muerte de la madre hubiera venido a la primera sesión contando un sueño más o menos así: «Anoche soñé que mi madre había muerto. Yo le hablaba a usted por teléfono para decirle que me pondría en contacto con usted después del entierro, pero en realidad sólo volvía a verlo un año y medio después». El paciente de Blum y el que yo imagino no son lo mismo, ya sé, porque no es igual la pseudología y el *acting out* a contar un sueño. El sueño que yo propongo, sin embargo, le haría decir a Blitzstein y a sus discípulos que el análisis no sería viable: ya

¹ «The transference neurosis: comments on the concept and the phenomenon» fue leído en Boston en 1968 y publicado en el *Journal of the American* de 1971. Es el cap. 17 de *apers on psycho analysis*.

² «The psychoanalytic process and analytic inference: a clinical study of a life and a loss».

vimos en su momento que cuando el analista aparece en persona en el primer sueño del analizado es porque este no es analizable o aquel cometió un imperdonable error. Como Blum no cometió para el caso ningún error, el paciente del sueño sería inanalizable, y sin embargo no lo fue en una versión todavía más grave de la que yo imagino. Fiel a sus teorías, ¿habría permanecido Harold en silencio frente a aquel sueño, esperando que se estableciera el rapport y se instaurara la neurosis de transferencia por vía regresiva? Yo creo (tal vez porque soy kleiniano) que el silencio en esas circunstancias hubiera sido un error, cuando no un acting out contratrasferencial, y que la única posibilidad era interpretar sin dilación la transferencia.

3. La neurosis de transferencia y contratransferencia

En los dos párrafos anteriores (y también al hablar en la tercera parte de las formas de transferencia) discutí el concepto de neurosis de transferencia y propuse de hecho su ampliación, en cuanto la nueva versión de la enfermedad que se da en el tratamiento no comprende sólo los síntomas neuróticos sino también otros que no lo son.

Vamos ahora a considerar otra ampliación, la que propuso Racker en su trabajo titulado «La neurosis de contratransferencia», presentado a la Asociación Psicoanalítica Argentina en septiembre de 1948.³

Dentro del proceso psicoanalítico, la función del analista es a la vez de intérprete y de objeto (*Estudios*, pág. 127). La contratransferencia influye en esas dos funciones facilitando o dificultando la marcha de la cura. La contratransferencia puede indicarle con precisión al analista intérprete qué debe interpretar, cuándo y cómo hacerlo, así como puede interferir su comprensión del material con racionalizaciones y puntos ciegos. También la función de objeto dependerá en cada momento, para bien o para mal, de la contratransferencia.

No se puede pretender, dice Racker, que el analista se mantenga indemne a la contratransferencia, porque eso montaría tanto como decir que el analista no tiene inconciente; pero es posible que si el analista observa y analiza su contratransferencia pueda utilizarla para llevar adelante la marcha de la cura.

Del mismo modo que la personalidad total del analizado vibra en su relación con el analista, también vibra el analista en su relación con el analizado, sin por esto desconocer las diferencias cuantitativas y cualitativas (*ibid.*, pág. 128).

Racker sostiene que el analista sigue teniendo conflictos por más que haya sido analizado y bien analizado y que su profesión misma se los proporciona continuamente, y «así como el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analizado hacia el analista, en cuanto son deter-

³ *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, V.

minados por el pasado, es llamado transferencia y su expresión patológica es denominada *neurosis de transferencia*, así también el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado, en cuanto son determinados por su pasado, es llamado contratransferencia, y su expresión patológica podría ser denominada *neurosis de contratransferencia* (*ibid.*, pág. 129).

Racker muestra en su Estudio cómo se reproducen en la contratransferencia el complejo de Edipo positivo y negativo del analista, así como también sus conflictos preedípicos orales y anales.

Siguiendo entonces las ideas de Racker, nosotros vamos a llamar a la etapa media del análisis, *neurosis de transferencia y contratransferencia*, considerando que la participación del analista es inevitable. El proceso analítico involucra tanto al analista como al analizado, aunque se pueda discutir el grado y la cualidad de esta participación, que obviamente no es idéntica en los dos casos. Justamente, la condición necesaria para que el proceso psicoanalítico se establezca es que la interacción entre estas dos personas, analista y analizado, sea de una forma determinada y no se dé como en la vida corriente. Ya hemos dicho en su momento que la etapa del comienzo del análisis consiste en que, frente a la actitud convencional que trae el paciente, a sus presupuestos y expectativas de que el analista va a reaccionar en la forma en que habitualmente lo hacen todos sus congéneres, el analista adopta una actitud que lo distingue porque no responde en la forma esperada. Pudimos decir también que, en el momento en que el paciente comprende esta diferencia, pasa a una nueva relación, la relación propiamente analítica, en la cual ya no espera respuestas como las que está acostumbrado a recibir, sino una respuesta muy especial, surgida de dos raíces fundamentales, la regla de abstinencia y la interpretación. En el momento en que la relación cambia y deja de ser convencional para regirse por este nuevo código, comienza la segunda etapa del análisis.

Mientras que el desarrollo de la primera etapa varía con el enfoque de cada escuela e incluso de cada analista, en la que ahora estamos considerando las divergencias no son tan grandes. Si sobre la duración de la primera etapa hay una sorprendente coincidencia entre todos los autores, la que ahora estamos discutiendo, por su naturaleza misma no tiene plazos determinados. En esta etapa se desarrolla el proceso de transferencia y contratransferencia con todos sus infinitos matices, sutilezas, contradicciones y (por qué no decirlo) contrariedades, que no podremos nunca calcular. Todo lo más que podemos decir es que durará años, nunca meses; y que su evolución dependerá de cómo participen los dos protagonistas. Si en la primera etapa la habilidad del analista sólo es puesta a prueba por los pacientes más irregulares, en la etapa media va a serlo en todo momento. De ella dependerá, tanto como del grado de enfermedad y la colaboración del paciente, el destino de la cura.

4. Las confusiones geográficas

A diferencia de Freud, de Glover y de la totalidad de los autores que se han ocupado de la etapa media como unitaria, Meltzer distingue aquí dos etapas. Tal vez no sea necesario decir que, al establecerlas, Meltzer no propone una división tajante, sino un equipo teórico que, con una visión más bien retrospectiva, nos permita discriminar momentos diferentes cuando estudiamos el proceso ya afuera del mismo. No hay límites claros, como tampoco los hay, huelga decirlo, entre las tres etapas clásicas.

Como ya lo hemos dicho, las dos etapas de Meltzer giran alrededor de la *identificación proyectiva*. En la segunda etapa, que ahora nos concierne, el enfermo recurre a la identificación proyectiva *masiva*. De ahí que Meltzer la designe como la *etapa de las confusiones geográficas*, ya que la «geografía» de la fantasía inconciente está radicalmente perturbada. Para decirlo en términos de identidad, la diferencia entre sujeto y objeto no ha sido alcanzada o se pierde, por cuanto la identificación proyectiva masiva implica una confusión sustancial entre sujeto y objeto. Esta confusión es justamente la carta de triunfo del paciente para resolver los problemas que se le plantean en la relación analítica; para no reconocer la diferencia con el analista es que el paciente recurre a ese proceso tan intenso de identificación proyectiva. Como vimos al estudiar las teorías del proceso, la perspectiva de Meltzer (como también la de Zac) tiene su apoyatura en la angustia de separación. Esta teoría se liga con la idea de relaciones de objeto temprana, porque implica que, desde el primer momento que se establece la relación analítica, hay una relación de objeto.

Meltzer, pues, es de los que entienden el proceso psicoanalítico en términos de las angustias de separación; para él la reiterada experiencia de contacto y separación que establece el ritmo de las sesiones analíticas influye predominantemente sobre el proceso, simultáneamente, desde luego, con las expectativas que trae el paciente. De aquí la importancia de la regularidad de las sesiones, su ritmo y su número: la estabilidad de la situación analítica es la base para que realmente se pueda establecer el proceso. Esta idea es específicamente kleiniana en cuanto se apoya en una teoría de las relaciones tempranas de objeto, aunque ningún analista deja de considerar importante el contacto y la separación. Sea cual fuere su soporte teórico, siempre va a tener que interpretarlo, que integrarlo a sus teorías, porque estos elementos se imponen en la clínica una y otra vez. Ya hemos visto la importancia de interpretar con acierto las angustias de separación y lo difícil que es hacerlo sin caer en interpretaciones mecánicas y las más de las veces chatas, que los pacientes rechazan con razón. Dije también en su oportunidad que el paciente resiste fuertemente estas interpretaciones porque teme el vínculo que estamos tratando difícilmente de establecer, y lo hace la mayor parte de las veces descalificándonos. El paciente no es un juez muy confiable, pero es el único que tenemos, sus críticas pueden ser ciertas como también tendenciosas: cuanto más busque el paciente atacar el vínculo analítico, más severas serán sus críticas a nuestras (buenas) interpretaciones sobre el fin de semana.

5. El pecho inodoro

En la etapa de las confusiones geográficas, el analista debe funcionar y debe mostrar que funciona como un *continente* de las ansiedades del analizado. La tarea analítica fundamental de esta etapa es que el analista contenga la ansiedad del paciente y a la vez la interprete. En la medida en que este proceso se cumple, si el paciente deposita o mejor *evacua* su ansiedad (el término tiene aquí sentido literal) y el analista es capaz de soportarla, se establece un tipo de relación en la cual el paciente siente al analista como un objeto cuya función consiste en contenerlo. A este objeto, cuya función es la de recibir lo que el paciente evacua o proyecta, Meltzer le ha llamado *pecho inodoro*, porque obviamente está ligado a la etapa oral del desarrollo. De este modo, la identificación proyectiva masiva del paciente tiene su correlato en una actitud del analista que reproduce el tipo arcaico de la relación que se dio entre el bebé y la madre como continente de su ansiedad. Este objeto es parcial porque no representa la totalidad del pecho sino sólo su función continente, de ahí su nombre, *toilet-breast*.

A medida que este proceso se repite, el analizado desarrolla una creciente confianza en el pecho inodoro y se va consumando su introyección. Puede decirse que, teóricamente, desde el momento en que este pecho toilette ha sido cabalmente introyectado, el paciente tiene dentro de sí un objeto donde puede volcar sus ansiedades y en ese momento termina la segunda etapa del proceso analítico.

Para Meltzer es un momento clave, en cuanto se ha traspuesto el límite que va de la salud mental a la locura, de la cordura a la psicosis. Salta a la vista la similitud de este concepto con la línea divisoria que trazaba Abraham (1924) entre la primera y la segunda etapa anal para separar psicosis y neurosis. Estos dos autores, Abraham y Meltzer, señalan, pues, coincidentemente, un punto clínicamente significativo: en momentos históricos distintos y con diferentes soportes teóricos encuentran que cuando el individuo puede contener sus ansiedades y no tiene necesidad de proyectarlas, ha traspuesto el límite entre la psicosis y la neurosis, entre la salud mental y la enfermedad en términos psiquiátricos.

Si el analista no es muy torpe y el paciente no es muy enfermo, Meltzer dice que este proceso se puede alcanzar en un año de trabajo, plazo que a mí personalmente me parece algo corto. Todo depende, naturalmente, de la habilidad que tenga el analista para detectar el mecanismo de identificación proyectiva masiva e interpretarlo, lo que siempre aumenta con la experiencia clínica, y del grado y la frecuencia con que el analizado lo emplee. El plazo puede entonces variar, pero yo me atrevería a decir que el paciente habitual de nuestra consulta puede lograr esto en un par de años o algo más. Es fácil comprender, por otra parte, que en psicóticos, perversos, drogadictos o psicópatas este plazo se alarga notablemente, y a veces no se puede cumplimentar jamás.

Recuerdo el sueño que tuvo al final de su primer año de análisis una paciente homosexual, cuyo caso publiqué en 1970. Soñaba que iba a visi-

tar la más grande organización homosexual del mundo, que estaba debajo de una ciudad. Al bajar sentía necesidad de ir al baño, pedía permiso para hacerlo y le señalaban dónde estaba. Entraba al baño y veía que había allí una escalerita; bajaba y veía otro cuarto de baño y otra escalera; así bajaba cinco veces, hasta que despertó. Me parece que en este sueño puede apreciarse cómo funciona para la paciente el setting analítico: las cinco sesiones la protegen de una vuelta masiva a la homosexualidad, como después de hecho sucedió. En este sueño aparece claramente la idea de que las cinco sesiones analíticas representan realmente el pecho inodoro.

Durante la etapa de las confusiones geográficas la tarea interpretativa se puede definir, siguiendo a Meltzer, como yendo del mecanismo a la ansiedad. En esto estriba muchas veces la diferencia entre una interpretación adecuada y otra que no lo es. Por esto decíamos en el capítulo anterior que, cuando el analizado proyectó masivamente dentro de un objeto su parte angustiada, lo único que podemos hacer es buscar, como un detective, dónde está escondido el chico con angustia para ponerlo otra vez en su lugar, dentro del paciente. Cuando el analista hace esto, entonces el paciente empieza a sentir angustia; la interpretación ha ido del mecanismo a la ansiedad. En esta etapa, entonces, en la medida en que el analista interpreta adecuadamente, va aumentando el nivel de ansiedad del analizado.

De modo que lo sustancial en esta etapa es interpretar el mecanismo, la interpretación proyectiva masiva, para restablecer la relación de objeto y la ansiedad, porque justamente lo que hizo el mecanismo fue anular la relación de objeto para evitar la angustia.

6. La piel

Cuando Meltzer escribió *The psycho-analytical process*, en 1967, estaba apenas en sus comienzos la investigación de Esther Bick sobre la piel como objeto de la realidad psíquica, a la que nos referimos en un capítulo anterior. Ahora bien, el concepto de pecho inodoro está pensado en términos del funcionamiento de la identificación proyectiva y no es aplicable, a mi juicio, a la identificación adhesiva de la que van a hablar Bick y Meltzer en sus nuevos desarrollos. Para dar cuenta de los nuevos fenómenos, tal vez Meltzer tendría que recurrir a un nuevo concepto o ampliar el anterior. Yo entiendo que el concepto de holding, de Winnicott, es el que mejor se adapta a las dos modalidades de identificación narcisista de Meltzer, ya que la palabra holding (sostén) se adecua tanto a la piel como a los brazos, el pecho o el cuerpo de la madre.

Lo que hemos descripto hace un momento es claramente un proceso de tipo espacial. El pecho inodoro es un espacio en el cual «tiene lugar» la identificación proyectiva. Mientras no exista esto no puede haber verdaderamente procesos de identificación proyectiva.

A partir del ya comentado trabajo de Esther Bick (1968), la piel apa-

recía como un objeto fundante de lo psíquico. Antes que pueda haber una relación continente/contenido (adentro y afuera) tiene que haber una relación bipersonal de contacto. Lo característico de la identificación proyectiva es su espacialidad, la identificación proyectiva presupone la existencia de un objeto con tres dimensiones. La relación que estudió Bick en niños psicóticos y autistas, la que vio observando bebés y lo que paralelamente investigaron Meltzer y su grupo de estudios con niños autistas es un tipo de relación que no parece estar vinculado a un proceso tridimensional, sino meramente de contacto. Es una identificación narcisista en cuanto borra la diferencia entre sujeto y objeto; pero no se mete sino que contacta, no hace más que tocar la superficie del otro. El proceso de identificación es superficial, no tiene consistencia, sin darle a estas palabras el sentido peyorativo que comúnmente se les asigna. Estas personas son individuos que dependen mucho de la opinión de los demás y en los que el proceso de identificación es mimético, imitativo, no tiene densidad. Son personas a las que les preocupa mucho el *status*, el *rol* social; les importa más tener un título que ejercer su profesión.

También David Rosenfeld (1975) piensa que la piel desempeña un papel importante en la constitución del esquema corporal y en las primeras relaciones de objeto. Por un lado, la piel proporciona las experiencias de suavidad y calor que brotan de la más temprana relación con la madre; por otro, la piel cumple una función de sostén y de organización de las partes dispersas del self, que guarda relación con el pene dentro del pecho.

En la clínica el fenómeno de la identificación adhesiva se advierte como una modalidad especial de manejar la angustia de separación. Son analizados que buscan estar en contacto, les interesa escuchar la voz del analista o que lo escuchen, sin que el contenido del discurso cuente para ellos. Tienden a desmoronarse y en los sueños aparece a veces muy claramente la búsqueda desesperada de la compañía y el contacto. Como los niños autistas de Kanner (1934) estos analizados no parecen escucharnos: las palabras le entran por una oreja y le salen por la otra, como si dentro de la cabeza no hubiera un espacio para contenerlas.

Según estas investigaciones, entonces, habría que pensar que la tercera dimensión es patrimonio de una etapa ulterior del desarrollo, que se inicia en un nivel bidimensional, como sostiene desde hace muchos años Arnaldo Rascovsky, a partir de su libro sobre *El psiquismo fetal* (1960). Esto implica, entonces, que la identificación adhesiva es previa a la identificación proyectiva y que hay (o debe haber) una etapa *previa* a la esquizoparanoide de Melanie Klein, como sostienen Rascovsky (psiquismo fetal) y Bleger (posición glisrocárica).⁴

⁴ Para más detalles, véase mi «Introducción a la versión castellana» del libro *Exploración del autismo*.

7. Las confusiones de zonas y de modos

El desarrollo del análisis en su etapa intermedia, la más prolongada y tal vez la más compleja, durante la cual se desarrolla la neurosis de transferencia y contratransferencia, no es susceptible de sistematización pero sí de algunos comentarios de cómo se puede entender todo este largo trayecto. Vimos primero las precisiones de Racker sobre la neurosis de transferencia y estamos ahora examinando los aportes de Meltzer. A medida que se va construyendo el pecho inodoro en el mundo interno aparece otra configuración que es lo que Meltzer llama *la etapa de las confusiones de zonas y de modos*. La identificación proyectiva ha disminuido notoriamente y ya no va a regir sustancialmente la dinámica del proceso psicoanalítico. Si bien en los avatares del contacto y la separación se va a recurrir siempre a la identificación proyectiva masiva, en el resto del proceso la tarea va a estar centrada mucho más en el arreglo o el reordenamiento de las confusiones zonales y no en los problemas de identidad.

Si en la primera etapa se iba del mecanismo a la ansiedad, en la segunda, al revés, se pasa de la ansiedad al mecanismo. En la primera etapa se trata de consolidar la función continente del analista, permitiendo que el paciente lo introyecte como pecho toilette. La interpretación lleva del mecanismo a la ansiedad, justamente porque la identificación proyectiva masiva, en cuanto borra las diferencias de sujeto y objeto, pone al que la utiliza a cubierto de sentirla. En la medida en que nosotros corregimos la confusión geográfica y volvemos a dar al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios, el paciente empieza a sentir ansiedad, porque sólo a partir de la diferenciación de sujeto y objeto se pueden empezar a sentir todas las vicisitudes del vínculo que antes de hecho no estaba.

En la etapa siguiente, la situación es distinta, por no decir diametralmente opuesta. El individuo se presenta angustiado y nosotros, al dilucidar sus confusiones zonales, le mostramos el mecanismo que explica su ansiedad. En esta etapa el vínculo está, existe; y nosotros podemos operar con este vínculo y sus vicisitudes, haciéndole ver al sujeto que la consecuencia de sus confusiones zonales es invariablemente la ansiedad. El paciente llega por ejemplo a la sesión angustiado y empieza a hablar en forma continua y excesiva. La interpretación señala que confunde su lengua con su uretra para orinar al analista. La interpretación da al paciente las razones de su angustia y tiene naturalmente que aliviarla.

Detrás de todas estas confusiones hay siempre para Meltzer una premisa básica, negar la diferencia entre el adulto y el niño; y a corregirla se dirigen, en última instancia, todas las interpretaciones en esta etapa. La interpretación siempre se refiere a esta diferencia entre el funcionamiento adulto y el funcionamiento infantil, tema que desde otra perspectiva ha estudiado profundamente Janine Chasseguet-Smirgel (1975).

Este aspecto de la interpretación es por un lado ineludible y por otro siempre doloroso. Es ineludible porque si no lo tenemos en cuenta estas interpretaciones podrían ser decodificadas por el paciente como si sanccionaran una igualdad allí donde debe existir una asimetría. Es en este

momento del análisis, tal vez, que el concepto de asimetría en la neurosis de transferencia adquiere su vigencia más plena, y nuestra tarea consiste en que el paciente la acepte, por dolorosa que para él sea. Hay muchas maneras de interpretar las diferencias entre funcionamiento adulto e infantil, así como también de socavar la idealización que es justamente el mecanismo básico por el cual la sexualidad infantil se equipara a la adulta. No basta decirle a un paciente en esta etapa, que él (o ella) quiere darme un bebé con su parte femenina infantil, sino también que sólo idealizando la materia fecal puede creer que su bebé es igual al que hacen los padres. Este último aspecto de la interpretación es ineludible, más allá del tacto con que se la formule. Una interpretación que se limite a señalar la producción de bebés fecales sin modificar la idealización que presupone la confusión de excrementos y bebé no haría más que reforzar la idealización de la sexualidad infantil. Se podrá decir, por cierto, que en general el solo hecho de interpretar en esta dirección ya implica señalar las diferencias; pero no siempre es así: cuando los mecanismos maníacos son más acusados, el intento de borrar la diferencia entre el grande y el niño es más fuerte, y entonces con más firmeza tendremos que integrar ese aspecto en la interpretación.

Por todo lo dicho, se comprende que una configuración que se da durante esta etapa del análisis es lo que Meltzer llama la genitalización difusa, con los concomitantes problemas de excitación. Con esto se quiere señalar que una de las confusiones zonales más característica es que distintos órganos del cuerpo puedan funcionar como genitales. El niño utiliza sus órganos como efectores de su sexualidad, confundidos con sus genitales, porque, en realidad, la cualidad especial del orgasmo, adquisición típica de la vida sexual adulta, no ha sido alcanzada por él. Consiguientemente, sólo a partir de borrar esta diferencia se puede considerar la actividad sensual del niño equiparable a la del adulto.

Otro aspecto que señala Meltzer en esta etapa es el intento de tomar posesión del objeto. Se trata de una forma primitiva de amor, de fuerte colorido egoísta y celoso, cuyo lógico corolario es creer que uno dispone de las excelencias con las que va a poder conquistar al objeto. Aquí, nuevamente, la idea de confusiones de zonas y de modos se muestra de manera evidente.

Por último, la configuración más frecuente y más difícil de manejar en esta etapa, y a la cual parece que convergen todas las defensas, es un intento persistente de establecer, a través de la seducción, un vínculo de mutua idealización. En la medida que esto se logra, el paciente puede mantener la idea de que es igual al analista, de que todo los une y nada los separa. Se oblitera así el acceso a la posición depresiva, porque, en la medida en que esta situación se consolida, el analizado no va a llegar nunca a la verdadera dependencia y a la pérdida de objeto, los dos rasgos que definen la posición depresiva. El analista deberá mostrar aquí toda su capacidad para desbaratar el intento persistente, monótono y multiforme del analizado en pos de este tipo de idealización. Es realmente difícil sobreponerse a este continuo embate del paciente en procura de un

vínculo idealizado que, si se establece, lleva al análisis a la impasse, muchas veces disfrazado de «final feliz».

En la tercera etapa de Meltzer (que es la segunda parte de la etapa media del análisis) la identificación proyectiva sigue funcionando frente a las emergencias de separación como pueden ser el comienzo y el final de la hora, de la semana o las vacaciones y desde luego el finalizar del análisis; en el resto no opera ya en forma masiva y queda vinculada al ordenamiento de las zonas efectoras erógenas y los modos de la sexualidad. Aparece entonces, mediada por la envidia y los celos, la necesidad de borrar las diferencias entre el adulto y el niño, cuando el chico confunde, por ejemplo, su lengua con el pezón o su producción anal con la capacidad generativa de los padres. Ahora interpretamos desde la ansiedad al mecanismo tratando de mostrar que la ansiedad es el corolario ineludible del mecanismo empleado; tratamos de hacerle ver al analizado que siente ansiedad porque está utilizando un mecanismo de defensa que ataca, desvirtúa y perturba el funcionamiento del objeto.

Digamos, para terminar, que Meltzer asigna a esta etapa una duración de tres a cuatro años en el adulto y dos o tres en el niño.

46. Teorías de la terminación

1. Panorama general

Son tantos y tan variados los problemas que nos propone la terminación del análisis que se hace necesario enfrentarlos con una cierta sistematización. Nosotros vamos a exponerlos intentando agruparlos desde tres puntos de vista: teórico, clínico y técnico. Estas áreas se superponen, desde luego, frecuentemente y no se pueden delimitar en forma absoluta; pero, a los fines de la exposición, es pertinente establecerlas. A esto vamos a agregar todavía el posanálisis como una etapa de singular importancia cuyo estudio, apenas emprendido, merece ampliarse.

El problema *teórico* consiste en ver a qué vamos a llamar final de análisis, lo que equivale a decir cuáles van a ser nuestros criterios de curación, a qué supuestos nos vamos a remitir frente al problema siempre difícil de resolver sobre la salud mental de un individuo, qué diferencias vamos a establecer entre salud y enfermedad. De esto se ocupa lúcida-mente Freud en su artículo «Análisis terminable e interminable» (1937c), que vamos a recordar más de una vez en este capítulo. Interesa señalar que los criterios de curación van a ser diferentes según sean los soportes teóricos con que nosotros tratemos de abordarlos. La psicología hartmanniana de la adaptación, por ejemplo, conduce a pensar que la terminación del análisis implica reforzar el área libre de conflicto y un funcionamiento yaico suficientemente adaptativo, mientras la escuela kleiniana va a hacer hincapié en la elaboración de las angustias depresivas. Lacan dirá, desestimando ácidamente la psicología de la adaptación, que un buen final sanciona la sujeción del sujeto al orden simbólico y Winnicott sostendrá que el analizado habrá adquirido su verdadero *self* y, aceptando suficientemente la desilusión, sabrá ahora cuánto le debe a la madre.

Aparte de este enfoque teórico hay una *clínica* de la terminación del análisis que tiene que ver fundamentalmente con el tema de los *indicadores*. Para que se pueda hablar de una terminación del análisis, obviamente tenemos que encontrar clínicamente los signos que nos permitan afirmar, con una razonable seguridad, que el analizado está por entrar o ya ha entrado a la etapa de terminación. Nuevamente, estos indicadores clínicos dependen muchísimo de los supuestos teóricos antes mencionados, pero, dejando esto de lado, todos los analistas entendemos que estos indicadores existen y que nos permiten detectar el estado del proceso analítico en un momento dado. Hay, de hecho, muchos indicadores, que en su

momento vamos a discutir, pero digamos desde ya que John Rickman los define muy acertadamente en su pequeño y lúcido trabajo de 1950. Hay además, otros indicadores que aparecen *con motivo* de la terminación, es decir, por el hecho de que la terminación se plantee; son consecuencia del proceso de terminación: la decisión de terminar el tratamiento se acompaña siempre, en efecto, de angustias depresivas y/o temores fóbicos o paranoides de quedarse sin el analista, aun en caso de que el proceso no hubiera llegado a la etapa de terminación. De modo que, desde el punto de vista clínico, distinguiremos los indicadores que nos *avierten* que el proceso ha llegado al final y los que *resultan* de esta fase del proceso.

Debemos considerar, por último, los aspectos *técnicos* de la terminación, cómo y cuándo operar la terminación. Aquí tendremos que estudiar el momento en que el paciente percibe que su análisis ha entrado en la etapa final y nosotros coincidimos con esa apreciación. Por lo general esta alternativa configura dos momentos distintos, porque una cosa es la presunción y otra que el analista la comparta. La opinión del analista importa porque se introduce como un elemento *real*, como algo que se agrega al contrato originario. Sólo cuando nosotros prestamos nuestro acuerdo se desencadena el nuevo momento dialéctico que podremos llamar con propiedad etapa de la terminación. Este tramo del proceso, apresurémonos a señalarlo, demorará un tiempo variable pero nunca breve, a mi juicio siempre superior a dos años, durante el cual sobrevendrán momentos de avance e integración y otros de «inexplicable» retroceso. Es lo que Meltzer llama el umbral de la posición depresiva, que culmina con el proceso del destete, donde surge en el analizado una apremiante necesidad de terminar, de llegar al fin. Esta nueva fase culmina cuando se acuerda una fecha de terminación, que no podrá ser nunca ni muy próxima ni muy distante, que habrá de medirse en meses, no en semanas o años, porque, si fuera de semanas, habría que concluir que nos hemos demorado mucho en anunciarla y, si fuera de años, estaríamos adelantándonos a un futuro muy lejano, donde la idea de desprendimiento no podría cuajar.

Como una paradoja más de nuestra profesión imposible, y quién sabe la más insoportable, el tratamiento psicoanalítico no termina sino *después*, cuando el analizado, ya solo y libre, así lo decide en el periodo que se llama *posanálisis*.

2. ¿Es terminable el análisis?

De los numerosos problemas teóricos que puede suscitar la terminación del análisis dos son para mí los más importantes: si existe verdaderamente una terminación del análisis y cuáles son los factores curativos.

Se ha discutido siempre, antes y después del famoso artículo de 1937, si el análisis puede y debe terminar. Todo hace suponer que la polémica seguirá para siempre.

Los principales argumentos de Freud en «Análisis terminable e inter-

minable» siguen todavía en pie. Más allá de los aspectos formales con que de hecho termina un análisis cuando analista y analizado cesan las entrevistas, hay también algunas razones teóricas para afirmar que el análisis tiene que tener una terminación. El análisis, dice Freud, se inició con ciertos objetivos y debe terminar cuando se los alcanza.

Freud piensa, también, que un buen análisis debe poner al sujeto a cubierto de una recaída, dándole las herramientas suficientes para resolver, dentro de ciertos límites, sus conflictos. Cuando la vida los sobrepasa con su rigor y con sus injusticias no habrá que imputárselo lisa y llanamente al análisis. Que un proceso termine no quiere decir que no pueda iniciarse nuevamente. Freud no dice en cambio, qué habremos de hacer si esos objetivos *no* se alcanzan. Pocas veces se plantea este tema, quizá porque entonces tendríamos que resolver un problema no menos espinoso: ¿cuándo vamos a decir que un análisis ha fracasado? Esta pregunta es difícil de contestar justamente porque los límites del análisis nunca son claros, como no son por cierto nítidos e inamovibles sus objetivos.

Freud dice también que los analistas debieran reanalizarse cada cinco años, lo qué podría hacer pensar que duda al menos sobre la terminación del análisis didáctico. No hay que olvidar, sin embargo, que esta sabia advertencia se hace teniendo a la vista el trabajo altamente insalubre que cumple el analista, de modo que aquí rige el principio anterior sobre las circunstancias de la vida futura del ex analizado.

Tal vez sea este el momento de decir que las opiniones de Freud sobre la eficacia y los límites del tratamiento analítico en 1937 son equilibradas y no difieren demasiado de las que dio en toda su vida, desde los *Estudios sobre la histeria* hasta el Congreso de Nuremberg, pasando por los artículos de 1905, un punto que también señala Wallerstein (1965).

No hay que olvidar, por otra parte, que «Análisis terminable e interminable» habla de tratamientos de duración muy breve, distintos de los análisis actuales, sobre todo para los llamados análisis didácticos que Freud concebía casi como un rito de iniciación. Llega a decir que, cuando el paciente ha tenido conciencia de que existe el inconciente y se ha hecho cargo del extraño fenómeno del retorno de lo reprimido, ya se ha logrado lo que se puede aspirar de un análisis didáctico. Actualmente nosotros no pensamos así, evidentemente; pensamos que el análisis didáctico debe encararse como cualquier otro y ser profundo y prolongado.

El artículo de Freud, conocido y reconocido por todos los analistas, debería leerse junto al que Ferenczi presentó al Congreso de Innsbruck en septiembre de 1927. Freud se refiere a él continuamente no sólo porque en el ocaso de su vida debe haber recordado mucho a Sandor sino por los grandes méritos del relato del húngaro.

En su ponencia Ferenczi insiste en que el análisis puede llegar a una terminación siempre que el analista tenga coraje y paciencia para dejar que el proceso se desarrolle sin un preconcebido límite de tiempo y sepa ocuparse a la par de los síntomas y del carácter. Tampoco creo yo que haya que contrastar un ácido pesimismo de Freud con un optimismo radiante de Ferenczi. Pienso que estos dos grandes trabajos son equilibrados, aunque

puedan discrepar en más de un punto. Freud, por ejemplo, se mostraba escéptico en cuanto a poder reactivar los conflictos potenciales del analizado porque no veía más que dos alternativas igualmente impracticables: conversar de ellos o provocarlos artificialmente en la transferencia; pero Ferenczi piensa que puede alcanzárselos porque opera con una teoría del carácter que no está en la mente de Freud en ese momento.

Ferenczi afirma rotundamente en su artículo que el análisis puede y debe terminar y agrega que una terminación correcta no puede ser brusca sino gradual y espontánea. «La terminación correcta de un análisis se produce cuando ni el médico ni el paciente le ponen fin, sino que, por decirlo así, se extingue por agotamiento...» (pág. 75).¹ Y agrega en seguida: «Un paciente realmente curado se va liberando del análisis de una manera lenta pero segura; debe seguir concurriendo todo el tiempo que lo desee». Ferenczi describe esta etapa final como un verdadero duelo: el analizado se va dando cuenta que sigue concurriendo al análisis por la gratificación que le procura a sus deseos infantiles aunque ya no le rinde en términos de la realidad. En ese momento, con pena, deja de concurrir, buscando a su alrededor fuentes más reales de gratificación (pág. 75). Ferenczi concluye con estas sabias palabras: «La renuncia al análisis constituye así la conclusión final de la situación infantil de frustración que está en la base de la formación de síntomas» (pág. 75).

Puede ser que hoy tengamos propuestas diferentes sobre la formación de los síntomas, pero la idea ferencziana de que la terminación del análisis significa dar por terminados los modelos infantiles de gratificación para dirigirse, con pena pero resueltamente, a satisfacciones más realistas mantiene hoy, para mí, la vigencia más plena.

En manifiesto desacuerdo con su maestro (¡y con su analista!), Ferenczi sostiene que el análisis didáctico no debe ser para informar al futuro analista de los mecanismos de su inconciente sino para dotarlo de los mejores instrumentos para su futura labor y que no es concebible que el análisis didáctico dure menos que el terapéutico. En este punto el tiempo vino a darle la razón a Ferenczi —¡porque no siempre Freud tiene razón!—.²

La convicción de que el análisis debe terminar, que comparten Ferenczi y Freud igual que muchos analistas después de ellos, se asienta en hechos clínicos bien comprobados, si bien hay también otros que apuntan a lo contrario.

El insoluble problema debería llevarse, tal vez, a otro terreno, empezando por preguntarnos qué entendemos por terminación del análisis y cuáles son los objetivos que tenemos en cuenta cuando pensamos en la terminación. Pero esto nos lleva ya al otro tema de la teoría de la terminación, el de los factores curativos.

En tanto proceso, el psicoanálisis debe tener *por definición* un término, porque cuando lo iniciamos fijamos por contrato un objetivo y nun-

¹ «El problema de la terminación del análisis», *Problemas y métodos del psicoanálisis*.

² Para una discusión más pormenorizada, véase el trabajo de Etchegoyen y Catrín «Freud, Ferenczi y el análisis didáctico» (1978).

ca jamás decimos que iniciamos ahora una tarea de aquí a la eternidad. Si esta discusión se ha hecho interminable es, entre otras cosas, porque no se deslinda el proceso analítico que emprenden analizado y analista con el autoanálisis que, en tanto herramienta personal, se aplicará toda la vida. Se termina el estudio en la Universidad o en el Instituto de Psicoanálisis; el aprendizaje sigue después para siempre.

3. Objetivos de la cura

La gran mayoría de los analistas piensa actualmente que el análisis como procedimiento que busca alcanzar determinados objetivos debe diferenciarse del análisis como un programa de desarrollo personal que dura toda la vida y es de hecho interminable. Son dos cosas distintas, si bien en la práctica tienden a confluir, ya que los objetivos iniciales pueden variar y es legítimo que así sea a medida que el analizado va comprendiendo mejor en qué consisten verdaderamente sus dificultades y cuál es la ayuda que el análisis puede realmente ofrecer. Esta amplitud de las miras debería quedar siempre circunscripta por los objetivos iniciales del proceso, y el analista haría bien en recordarlos cuando el analizado, llevado por el entusiasmo intelectual del descubrimiento y también, no lo olvidemos, por sus conflictos de transferencia, quiera dejarlos de lado.

La diferencia recién establecida seguirá vigente aun cuando pensemos que el psicoanálisis no debe costreñirse al modelo médico de cura o tratamiento. Podemos sostener que el psicoanálisis se propone el crecimiento mental, un cambio del carácter o la expansión de la personalidad sin por ello alterar los objetivos del proceso, que habrá de cesar cuando el analizado se haya aproximado suficientemente a esas metas, logrando los instrumentos necesarios para proseguir por sí mismo.

Un análisis que se postulara como interminable apoyándose en el hecho cierto de que el crecimiento mental, la integración, la salud mental o lo que fuere no se logran nunca por completo y que en su legítima búsqueda siempre se puede ir más allá, caería en una contradicción radical, porque ninguno de estos objetivos es compatible con una relación interminable con el que ayuda a conseguirlos. No puede haber crecimiento mental ni integración ni salud mental que sólo se alcancen a partir del otro y no de sí mismo. Hay aquí, pues, una incompatibilidad que no es sólo táctica sino también lógica: para ser independiente no se puede depender del otro hasta la eternidad.

Estos razonamientos son obvios pero no siempre se tienen en cuenta en el momento en que se plantea la terminación del análisis y tampoco cuando hay que tomar la difícil decisión de un final forzado por las exigencias a veces inaplazables de la vida. Me refiero a circunstancias como un nombramiento, una beca o el matrimonio cuando obligan al analizado a optar entre seguir el tratamiento o tomar el otro camino. Aquí la evaluación del analista en los términos recién presentados puede ser deci-

siva. No es lo mismo que el analista acepte que el analizado se vaya pero diga como Pilatos que el tratamiento ha quedado interrumpido a que lo dé por terminado dejando a salvo que la terminación habría sido otra si otras hubieran sido las circunstancias.

4. Los factores curativos

El otro problema vinculado a la teoría de la terminación del análisis, no menos importante que el anterior, es el de los factores curativos. Lógicamente, si nosotros pensamos que el análisis es una tarea que termina cuando se la ha cumplido, entonces surge inmediatamente qué vamos a entender por el cumplimiento de esta tarea y eso nos lleva a los factores curativos.

Ahora bien, es evidente que no se puede hablar de los factores curativos sin tener en cuenta la teoría de la enfermedad y de la curación con la cual operamos; pero también es cierto que cuando se analizan las diferencias escolásticas se encuentra que son tal vez más de forma que de fondo, lo que por contrario imperio viene a mostrar que el psicoanálisis es bastante confiable como doctrina científica.

Nos vemos así enfrentados con una serie de problemas que hacen a los fenómenos de integración y al desarrollo de la persona, que gravitarán fuertemente en lo que nosotros decidamos con respecto a la terminación.

Como dije hace un momento, si bien la consideración de los factores curativos varía con las escuelas, no hay que dejarse llevar demasiado por este tipo de discusiones, que a veces no tienen tanto valor como parece. En realidad, si se los examina con serenidad y desapasionamiento, los diversos criterios de curación que se proponen no son tan distintos. Varían los soportes teóricos y la praxis para alcanzarlos; pero si uno los compara se da cuenta inmediatamente de las coincidencias.

Tomemos por ejemplo los criterios de curación de Hartmann, es decir, el reforzamiento del área libre de conflictos y, consiguientemente, una mejor adaptación a la realidad, y compáremoslos con lo que propone Klein cuando afirma que hay que elaborar las angustias paranoides y depresivas. Puestas así las cosas, la diferencia es notoria e irreductible. Klein dijo siempre, sin embargo, siguiendo al Freud de «Duelo y melancolía», que uno de los elementos fundamentales de la posición depresiva es el contacto con el objeto, es decir con la realidad. El duelo, decía Freud, consiste en que la realidad nos muestra dolorosamente que el objeto ya no está; y el duelo, para Klein, consiste en poder aceptar la realidad psíquica y externa tal como son. Si bien Hartmann no habla de duelo, su adaptación a la realidad le viene de Freud. Hartmann y Klein, entonces, tienen que convenir en que un analizado debería terminar su análisis con un mejor contacto con la realidad que el que tenía antes de empezar.

Tomemos otro criterio, como el de Lacan, por ejemplo, el acceso al orden simbólico. Lacan siempre se enoja con Hartmann y tiene sus razo-

nes pero no sé si tiene razón. Considerado pedestremente el criterio de adaptación de Hartmann suena sociológico y es para Lacan repugnante. Yo, personalmente, tengo muchos desacuerdos con Hartmann pero no lo creo un autor superficial ni un simple representante del *American way of life*. Si uno juzga desapasionadamente lo que dice Lacan cae en la cuenta de que hay que abandonar el orden de lo imaginario, que es el orden de las relaciones duales y narcisísticas, para elaborar un tipo de pensamiento conceptual o abstracto que él llama con toda razón simbólico. Ese pensamiento es el que permite el acceso al orden de lo real. Claro que lo real para Lacan debe ser distinto que lo real para Hartmann; pero también es innegable que emplean la misma palabra.

Son sólo ejemplos para mostrar que, sin desconocer la diversidad de las teorías, hay que ver siempre dónde discrepamos y hasta qué punto discrepamos. Un seguidor tan lúcido de Lacan como es Jacques-Alain Miller piensa que las ideas de Lacan sobre el acceso al orden simbólico son parecidas a las de Klein sobre la posición depresiva. Porque la función del psicoanalista, dice Miller, consiste en desaparecer, en no permitir que la situación imaginaria domine el cuadro: el psicoanalista debe estar siempre en el lugar del gran Otro. Todo esto tiene que ver, para Miller, y yo creo que está en la verdad, con la posición depresiva de Melanie Klein y la pérdida de objeto.

En resumen, si bien el tema de los factores curativos nos lleva inexorablemente a los problemas teóricos más complicados de nuestra disciplina y al punto en que las escuelas pueden quedar más enfrentadas, también es cierto que en la práctica del consultorio hay un acuerdo bastante amplio, que no deja de ser sorprendente, en cuanto a la evaluación de los progresos del analizado.

5. Punto de reversibilidad

Los dos grandes artículos de Ferenczi y de Freud que comentamos abrieron una larga discusión teórica sobre la terminación del análisis que dura todavía. Ferenczi decía que si el analista tiene paciencia y destreza puede llevar el análisis a buen puerto y Freud aseveraba con su habitual rigor intelectual al final del párrafo VII de «Análisis terminable e interminable»: «El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea» (AE, 23, pág. 251).

Entre los muchos congresos y reuniones en que se discutió el tema de la terminación del análisis quiero recordar los que tuvieron lugar en 1949. En la *British Society* hubo un *Simposio sobre la terminación del tratamiento psicoanalítico* el 2 de marzo de 1949 en que participaron Michael Balint, Marlon Milner y Willy Hoffer, mientras Melanie Klein habló sobre el tema en el Congreso de Zurich, en agosto, y Annie Reich y Edith Buxbaum hacían lo propio en Estados Unidos de Norteamérica. El

6 de abril John Rickman, H. Bridger, Klein y Sylvia Payne presentaron sendas comunicaciones breves sobre el tema. Quiero comentar ahora la de Rickman, que encierra en sus dos páginas toda una teoría de los criterios de terminación y de los indicadores.

Para dar por terminado un análisis Rickman busca *el punto de irreversibilidad* en que el proceso de integración de la personalidad y la adaptación han alcanzado un nivel que será mantenido luego de terminado el tratamiento —dejando a salvo, desde luego, circunstancias de enorme *stress*—. Sobre esta base, Rickman propone una lista de seis ítem: 1) la capacidad de moverse con libertad del presente al pasado y viceversa, esto es, haber removido la amnesia infantil, lo que incluye la elaboración del complejo de Edipo; 2) la capacidad para la satisfacción genital heterosexual; 3) la capacidad para tolerar la frustración libidinal y la privación sin defensas regresivas ni angustia; 4) la capacidad para trabajar y también soportar no hacerlo; 5) la capacidad para tolerar los impulsos agresivos en uno mismo y en los demás sin perder el amor objetal y sin sentir culpa, y 6) la capacidad para el duelo.

Estos criterios deben valorarse en su conjunto, según se presentan combinados y se contrapesan recíprocamente, y siempre en el caso personal, para decidir si alcanzaron el punto de irreversibilidad.

Al considerar todos estos factores en términos de la relación de transferencia Rickman afirma categóricamente: «La interrupción del fin de semana, en cuanto es un hecho que se repite a todo lo largo del análisis, y que contrasta con la interrupción más larga de las vacaciones, puede ser usada por el analista cuando evalúe el desarrollo del paciente al establecer el modelo de integración que se mencionó anteriormente».³

Por esto dice Rickman que la forma en que el analizado imagina a su analista durante el fin de semana puede ser un indicador sumamente sensible y seguro de que se ha alcanzado ese punto de irreversibilidad: no es lo mismo suponerlo atado como un esclavo a su consultorio estudiando todo el fin de semana que imaginarlo en el teatro o gozando de su vida familiar.

También Willy Hoffer (1950) en el simposio ya mencionado establece tres criterios psicológicos para la terminación: el grado de conciencia de los conflictos inconcientes, la modificación de la estructura mental removiendo las resistencias y la trasmutación del acting out y la transferencia (proceso primario) a recuerdo (proceso secundario).

El criterio de la terminación, dice Hoffer, puede definirse como la capacidad de autoanálisis, que proviene de una identificación con el analista en su función, es decir, con su habilidad para interpretar, para analizar las resistencias y para transformar el acting out en recuerdos de los conflictos y traumas infantiles por medio de la transferencia vivenciada agudamente e interpretada (1950, pág. 195).

³ «The week-end break, because it is an event repeated throughout the analysis, which is punctuated by the longer holiday breaks, can be used by the analyst when making the integrative pattern before referred to in order to assess the development of the patient» (*International Journal*, vol. 31, pág. 201).

6. El *new beginning*

En el mismo simposio habló Balint (1950) para quien la terminación de un psicoanálisis es un *new beginning*: el analizado abandona gradualmente su actitud suspicaz con el mundo exterior y en especial con el analista y, paralelamente, emerge un tipo de relación de objeto muy particular que puede llamarse *amor objetal primario* (arcaico, pasivo). Su rasgo característico es la expectativa incondicional de ser amado sin tener la obligación de dar nada a cambio, de obtener la gratificación deseada sin tener en cuenta los intereses del objeto. Esta gratificación se demanda con vehemencia y nunca ve más allá del nivel del placer preliminar. Estos deseos, sigue Balint, nunca pueden satisfacerse plenamente en el marco estricto de la situación analítica, pero deben ser bien comprendidos y también satisfechos en un grado considerable.⁴ Si esto se logra, entonces el analizado hará el *new beginning* desde el amor objetal primario al *amor genital maduro*, donde podrá atender a sus propias demandas no menos que a las de su objeto de amor.

Cuando este proceso se cumple con buen éxito, el analizado siente que está cursando una especie de renacimiento (*re-birth*) a una nueva vida, con una sensación muy grande de libertad. Siente que se está despidiendo para siempre de algo muy querido y precioso, con toda la pena y el duelo consiguientes. Este dolor se alivia, sin embargo, gracias al sentimiento de seguridad que emerge de las nuevas posibilidades de una vida feliz.

Las ideas de Balint pueden rastrearse hasta el XII Congreso Internacional (Wiesbaden, 1932), donde leyó su «Charakteranalyse und Neubeginn», publicado en el *Internationale Zeitschrift* de 1934. Dos años después, en el Congreso de Lucerna, Balint leyó «The final goal of psycho-analytic treatment», que se publicó en el *International Journal* de 1936.

Balint considera que el *new beginning* es un fenómeno que aparece regularmente al final del análisis y constituye un mecanismo esencial en el proceso de la cura.

Una de las características de las pulsiones que se movilizan en el *new beginning*, y que fijan justamente la posición teórica de Balint, es que siempre y sin excepción se dirigen hacia el objeto, esto es, el analista, y no son, por tanto, pulsiones autoeróticas o narcisistas. El *new beginning* es, entonces, un nuevo intento de establecer una relación de objeto, de animarse a encontrar el objeto de amor que no se tuvo en la infancia. El paciente se cura, dice Balint, cuando puede adquirir la posibilidad de intentar el comienzo de amar nuevamente (Balint, 1936, pág. 216).

Al año siguiente, Balint publicó en el volumen 23 de *Imago* un nuevo aporte sobre el tema, que apareció muchos años después en el *International Journal* de 1949. Aquí Balint expone con más detalle el resultado de sus investigaciones sobre la etapa final del tratamiento psicoanalítico.

⁴ «Naturally these wishes can never be fully met in the framework of the analytic situation, but -- according to my experience -- they must be fully understood and also met to a considerable degree» (Balint, 1950, pág. 196).

Observa que cuando el análisis ha avanzado en forma significativa el paciente espera y a menudo demanda cierto tipo de gratificaciones de parte del analista y también de su medio. Si frente a estas demandas el analista cumple estrictamente las reglas del análisis, el analizado responderá con frustración, rabia y sadismo, que lo precipitarán al mundo de las ansiedades paranoides y depresivas de Melanie Klein. Al contrario, si para evitar esta catástrofe se satisfacen esos modestos deseos, se salta de la sartén a las brasas y se instaura un estado prácticamente maniaco, que linda con la adicción o la perversión. No resulta difícil de prever que, en cuanto se suspende o se demora ese anhelado tipo de satisfacción, sobreviene incontenible la reacción antes descrita.

Los deseos que el analizado quiere en realidad satisfacer —sigue Balint— son de hecho inocentes y hasta ingenuos: recibir alguna palabra especial del analista, llamarlo por su nombre de pila o recibir ese mismo trato, verlo fuera de la situación analítica, que el analista le preste o le regale algo, por insignificante que sea. A menudo estos deseos no van más allá de querer tocar al analista o ser tocado o acariciado por él.

Estos deseos tienen dos cualidades especiales: se refieren a objetos (y de aquí el rechazo de la hipótesis del narcisismo primario) y no van nunca más allá del nivel del placer preliminar. De esto se sigue consecuentemente que, si la satisfacción llega en el momento oportuno y con adecuada intensidad, la respuesta también es adecuada y quieta. «Estos sentimientos de placer pueden describirse con propiedad como un *sentimiento de bienestar quieto y tranquilo*» (*International Journal*, 1949, pág. 269).

Todo esto tiene para Balint una historia, son reacciones a la frustración, y permiten una conducta psicoanalítica más ajustada y ecuánime, que permita un «new beginning» y no una nueva frustración del amor objetal primario que habría de conducir nuevamente a la mala solución de la infancia, el recurso al narcisismo y la eclosión de los impulsos sádicos. «El narcisismo observable en la clínica es, por tanto, siempre una protección contra el objeto malo o al menos rechazante» (*ibid.*).

Cuando el *International Journal* conmemoró en 1952 los 70 años de Melanie Klein, Michael Balint contribuyó con un trabajo, «New beginning and the paranoid and the depressive syndromes», donde fija su posición frente a la escuela kleiniana y expone con claridad sus ideas sobre el new beginning.

A diferencia de Klein y sus alumnos, Balint sostiene que el desarrollo psicológico comienza con una etapa de amor objetal primario donde no interviene la agresión y la angustia persecutoria que es su correlato. Balint piensa que el sadismo y la angustia persecutoria no son inherentes al desarrollo sino (indeseadas) consecuencias de fallas en la crianza; y piensa, también, que aquellas faltas iniciales se reproducen en el tratamiento en busca de un new beginning, de un nuevo punto de partida que las repare.

Balint encuentra que algunos pacientes pueden resolver sus conflictos sobre los deseos del new beginning simplemente analizándolos, pero otros regresan a un estadio infantil en que están completamente indefensos (*hilflosigkeit*) en que no parecen capaces de comprender las conside-

raciones intelectuales que puede transmitirles la interpretación. En estos casos, Balint y su paciente «acuerdan que algunos de estos deseos primitivos que pertenecen a ese particular estado habrán de ser satisfechos siempre que fueran compatibles con la situación analítica».⁵

En estos trabajos de Balint está ya contenida su teoría de la falta básica, que discutimos al hablar de la regresión como proceso curativo en el capítulo 41, hondamente influida, por cierto, por la teoría del trauma expuesta por Ferenczi en los últimos años de su vida.⁶ En 1968 la idea de una regresión necesaria se formula decididamente; pero Balint parece menos dispuesto a satisfacerla que en los escritos que estamos considerando. Si bien nuestro autor es muy sobrio en las formas en que satisface el amor objetal primario, no puede pasarse por alto que este drástico apartamiento de la técnica puede tener un valor simbólico de gran magnitud y complejidad para el analizado, que sea suficiente para poner en marcha un proceso de disociación e idealización de paralela intensidad. Esta objeción es —lo sé— muy kleiniana pero no por ello hay que dejarla de lado. La técnica de Balint operará siempre en el nivel concreto de una experiencia emocional correctora, ya que se admite por definición que el analizado no comprende en ese punto el valor simbólico de la palabra. De esta forma se sanciona una inevitable disociación entre los traumas del pasado y la bendición del presente, entre los objetos que antes no comprendieron y el analista que fue capaz de hacerlo. Nadie puede garantizarnos que en otras relaciones humanas el ex analizado volverá a plantear su «new beginning» seguro de que habrá de ser nuevamente complacido como lo hizo su analista. En este sentido, la experiencia con Balint no me parece la mejor para enfrentar los sinsabores de la vida.

Por otra parte, si Balint se puede poner de acuerdo con su analizado sobre la gratificación que va a ser satisfecha (véase la nota 5) y, consiguientemente, le reconoce una capacidad para la abstracción y el pensamiento simbólico, ¿por qué no la utiliza para hacerle seguir el análisis según arte?

⁵ «...my patient and I agreed that some of the primitive wishes belonging to such a state should be satisfied in so far as they were compatible with the analytic situation» (1952, pág. 219).

⁶ «El principio de la relación y la neocatarsis» (1929); «El análisis infantil en el análisis de adultos» (1951); «La confusión de lenguajes entre los adultos y el niño» (1952).

47. Clínica de la terminación

En el capítulo anterior estudiamos rápidamente los problemas teóricos que nos propone la terminación del análisis, preguntándonos primero si el análisis es de veras terminable y repasando después los objetivos de la cura. En este capítulo vamos a discutir los aspectos clínicos del final del análisis, dejando para el siguiente la técnica de la terminación.

1. Tipos de terminación

No todos los análisis terminan en la misma forma, de modo que se podría hablar, como en medicina interna, de las formas clínicas de la terminación del análisis.

Freud decía en «Análisis terminable e interminable», no sin cierta ironía, que un análisis termina cuando el paciente no viene más, lo que por de pronto es difícil de cuestionar, aunque podríamos decir, al contrario, y Freud por cierto no lo ignoraba, que un análisis no termina cuando un paciente no viene más sino mucho tiempo después o tal vez antes. Empero, si termina antes, está mal, de modo que debe terminar siempre mucho después de haber terminado, es decir en el posanálisis. La *boutade* freudiana de que el análisis termina cuando el analista no ve más a su cliente sólo es cierta, entonces, desde el punto de vista descriptivo pero no dinámico, porque un análisis que verdaderamente termina se prolonga un tiempo apreciable después de la última sesión.

Pero volvamos, luego de esta digresión, a los *tipos* de la terminación. De nuevo nos encontramos aquí con una paradoja y es que *terminación* hay solo una, la que se logra por acuerdo entre el analizado y el analista. Para los otros casos, cuando la decisión es unilateral o viene impuesta por circunstancias ajenas a la voluntad de las partes, no se habla por lo general de terminación sino de *interrupción* del análisis, o si se quiere de terminación *irregular*.

Puede haber casos, los menos, en que factores externos impidan a un analizado seguir viniendo o a un analista seguir haciéndose cargo del proceso analítico ya comenzado. En nuestro país pasó esto más de una vez, por desgracia, en los años de la dictadura de Videla; pero, si se salvan circunstancias tan excepcionales, los factores externos no son los más importantes o, al menos, coadyuvan con ellos los que vienen de adentro.

Cuando la interrupción proviene de factores internos hablamos de re-

sistencia. Lo más común es que la resistencia venga del analizado y que el analista no haya sido capaz de resolverla; pero puede nacer también en el analista. A veces un analista decide no continuar un análisis porque le parece que el paciente no se va a curar y está perdiendo el tiempo o porque no puede tolerar la carga emocional que ese paciente le significa. Si estos motivos le son concientes, entonces lo mejor sería decirselos al analizado, reconociendo nuestras limitaciones y dejándolo libre para intentar un nuevo análisis, otro tratamiento o lo que fuera. Decir la verdad puede ser muy doloroso para uno mismo y para el otro; pero sólo es malo mentir y es malo también no darse cuenta de nuestros deseos y actuarlos. Digamos también, para ser más precisos, que si el analista decide no continuar un análisis por motivos racionales, sea porque piensa que el analizado no se puede tratar o porque da prioridad a otras circunstancias de la vida de su paciente, no corresponde hablar de resistencia.

De las causales de interrupción que estamos considerando, la más frecuente es la que viene del analizado y se llama *resistencia incoercible*. En realidad todas las resistencias son analizables hasta el momento que no lo son más, y entonces se dice que son incoercibles. Proviene del analizado pero eso no quiere decir que no influya sobre el analista. Ninguna resistencia incoercible deja de influir al analista, ya sea porque contribuyó a provocarla o porque no la supo manejar.

El otro caso en que el análisis termina irregularmente es la *impasse*, donde el tratamiento no termina realmente sino que se prolonga en forma indefinida. Ya hablaremos de esto en el capítulo 60, pero digamos desde ya que en la *impasse* existe responsabilidad por ambas partes y en general las dos lo admiten. Dada su naturaleza insidiosa, la *impasse* dura siempre mucho tiempo y mucho tiempo puede pasar inadvertida, hasta que el paciente o el analista, y a veces de común acuerdo, comprenden que la situación ya no da para más y se interrumpe de este modo el tratamiento.

Se oye decir por ahí que la *impasse* del final del análisis no existe y lo que pasa es que ya no hay nada que analizar. Tal vez algo así pensaba Ferenczi cuando decía que el análisis debe terminar por extinción. Yo creo que esta idea es equivocada, ya que siempre hay conflictos para analizar. En realidad, para reiterar algo que ya dije al hablar de la teoría de la terminación, el análisis como proceso de desarrollo no termina, lo que termina es la relación con el analista, justamente en el momento en que el analizado cree (y el analista lo apoya) que puede seguir solo su camino, cumplidos ya los objetivos que inicialmente se plantearon; y entre estos debe incluirse la idea de que la tarea va a continuar a cargo del propio analizado. Nadie «se recibe de analizado» y cree que ya no tiene que pensar más en su inconciente.

2. Los indicadores

Un importante aspecto de la clínica de la terminación es justamente cómo se la diagnostica, cómo se evalúa la marcha del proceso analítico para suponer que la terminación está próxima. Es el tema por demás interesante de los *indicadores*.

Como es de suponer, para detectar y evaluar los indicadores influyen las teorías del analista, sobre todo si son indicadores de alto nivel de abstracción. Yo, sin embargo, voy a tratar el tema prescindiendo de las teorías, al menos de las grandes teorías. Los indicadores de alto nivel no son los más útiles desde el punto de vista clínico y por esto no me interesan en este momento de la exposición.

Freud decía, por ejemplo, que el objetivo terapéutico del psicoanálisis es hacer conciente lo inconciente y también borrar las lagunas mnésicas del primer florecimiento de la sexualidad infantil, del complejo de Edipo. Dijo también que «donde estaba el ello tiene que estar el yo», en el sentido de una evolución desde el proceso primario al proceso secundario. Estos objetivos son, por de pronto, compartidos por todos los analistas. También todos suscribiríamos lo que propugnaba Ferenczi en 1927 en cuanto a que el analizado debe modificar su carácter y abandonar la fantasía y la mentira por un acatamiento de la realidad. Hartmann piensa que lo decisivo es que el analizado haya consolidado el área de su autonomía primaria y haya expandido la autonomía secundaria, siempre relativa pero no por ello menos importante para un buen funcionamiento del sujeto. Lacan propicia el pasaje del orden de lo imaginario al orden simbólico. Melanie Klein, en fin, exigía que un análisis debe terminar cuando se han elaborado las angustias del primer año de vida, las angustias paranoides y depresivas.

Los objetivos de la cura que acabo de recordar, lo mismo que otros que también se han propuesto, engarzan desde luego con las teorías de alto nivel de abstracción que sostienen los distintos autores; pero no deben confundirse con los indicadores. Sobre la base de las teorías, es cierto, se definen y fijan los indicadores; pero no debemos confundir aquellas con estos. Ningún paciente nos va a decir, creo yo, que quiere terminar su análisis porque ya elaboró suficientemente sus angustias depresivas, o porque amplió notoriamente el área de la autonomía secundaria. Lo que interesa, pues, son los concretos indicadores clínicos que aparecen espontáneamente.

Uno de ellos, el más obvio y vulgar pero nada despreciable, es que se hayan modificado *los síntomas* por los cuales el paciente se trató. Por síntomas podemos entender aquí también los rasgos caracteropáticos. Tal vez no sea este el mejor criterio porque hay otros más finos; pero es, en cambio, un criterio ineludible. Si falta no tiene sentido pensar en los otros: antes de plantearse que un análisis puede terminar hay que comprobar que los síntomas por los cuales comenzó y otros que puedan haber surgido durante su desarrollo se modificaron suficientemente. No digo que se extirparon de raíz, porque en alguna emergencia angustiosa el síntoma puede reaparecer. En realidad, lo que pretende el análisis es

que los síntomas que antes significaban un sufrimiento y una dificultad cierta, una presencia constante, ya no graviten como antes. Una cosa es tener ceremoniales obsesivos con cláusula de muerte y otra mirar dos o tres veces si la estampilla está en su lugar. La intensidad y la frecuencia de los síntomas, así como también la actitud que uno adopta frente a ellos será, entonces, lo que nos guiará en este punto.

La modificación de los síntomas como acaba de expresarse es un criterio importante pero no es, por cierto, el único. Hay otros criterios, por ejemplo la normalización de *la vida sexual*. Los autores clásicos a partir de Freud, y más que nadie Wilhelm Reich, insistieron siempre en que un análisis debe terminar cuando se ha logrado la primacía genital, criterio que también sustentan los autores modernos. En realidad este criterio sigue siendo válido, siempre que no se transforme la primacía genital en una especie de mito o de ideal inalcanzable. Que un individuo debe tener al final de su análisis una vida sexual regular, satisfactoria y no demasiado conflictiva constituye un objetivo válido y asequible. No se trata, por cierto, que el sujeto «haga sus deberes» y tenga la buena vida sexual que directa o indirectamente le prescribe su analista, sino que la ejerza gozosamente en libertad, que las fantasías y los sueños que la acompañan muestren a la libido expresándose afirmativamente, atendiendo siempre también el placer del otro, la relación de objeto. No hay nada más autónomo y creativo que la vida sexual adulta del hombre común. La vida sexual del adulto es introyectiva (reflexiva) y polimorfa, dice Meltzer (1973), continuando y perfeccionando los clásicos trabajos de Reich sobre la impotencia orgástica.

Las relaciones familiares tienen también que haberse modificado, y este es otro indicador importante. Como el anterior vale más si surge del material que si se lo dice en forma demasiado directa. Si una persona habla muy bien de su vida sexual o dice que se lleva a las mil maravillas con sus familiares, tendremos derecho a dudar. Los indicadores son válidos cuando no se los proclama. Más importante será que diga al pasar que tuvo un buen encuentro con su cónyuge y cuente en la misma sesión un sueño que lo confirme, o que diga que su pareja está mejor ahora, o que su hijo adolescente, siempre tan rebelde, empieza a llevarse mejor con sus hermanos. Síntoma patognomónico de que la eyaculación precoz está cediendo es que un buen día el analizado comente que su mujer está ahora más interesada en la vida sexual y le parece que no está tan frígida. Estos datos serán siempre importantes, sobre todo porque no se dicen para hacer buena letra.

También con respecto a las *relaciones sociales* interesan más los datos indirectos que los dichos del sujeto. Hay que considerar, en principio, que si una persona tiene un nivel inmanejable de conflicto con su ambiente es porque no está bien. Si lo estuviera, ya encontraría la forma de resolver esas dificultades o, simplemente, buscaría un ambiente menos conflictivo.

A veces, como producto del análisis o porque así es la vida, uno pierde algunos amigos (con pena debería ser, si estamos bien analizados) por

que se da cuenta que la relación no es la de antes. Del mismo modo, y también sin proponérselo, ganaremos otros, más en armonía, tal vez, con nuestros cambios interiores y nuestra realidad exterior. Entonces, mientras haya conflicto manifiesto y difícil de manejar con el ambiente habría que pensar, en principio, que el análisis no está terminado. La circunstancia opuesta no es para nada cierta, sin embargo, ya que la falta de conflicto puede expresar simplemente sometimiento o masoquismo. Tenemos aquí, dicho sea de paso, un indicador válido que puede explicarse por distintas teorías. Un psicólogo del yo dirá que se ha ampliado el área libre de conflicto y es mejor la adaptación del individuo; yo preferiría decir que ha disminuido el monto de la identificación proyectiva. Las teorías cambian, el indicador permanece.

Los indicadores que registran las relaciones familiares son siempre sensibles y muy ilustrativos. A veces uno se divorcia gracias al análisis o *no* se divorcia sino que cambia de mujer con la que siempre tuvo, porque la ve ahora desde una perspectiva distinta y sus defectos le resultan más tolerables que antes. «Aquel que defectos tenga,/ disimule los ajenos», decía sabiamente Martín Fierro. No hay que perder de vista, además, que nuestros cambios influyen siempre en los otros haciéndolos progresar o poniendo de manifiesto sus dificultades. Cuando una mujer con fantasías promiscuas se cura la agorafobia, puede ser que el marido se sienta más atraído sexualmente por ella o, al revés, se ponga celoso cada vez que ella sale de casa. Que aumente la paranoia del marido no tiene que ser necesariamente malo; también podría servirle para tomar conciencia de enfermedad y empezar a tratarse. Las posibilidades son realmente infinitas. Traté hace muchos años con el método de Sackel al hermano de un colega amigo con una forma simple que había pasado inadvertida muchos años. Permanecía la mayor parte de su tiempo en cama, cuidado solícitamente por su madre. La insulina y mi presencia modificaron rápidamente aquella triste devastación afectiva, le empezaron a brillar los ojos, dejó la cama y empezó a pensar en retomar sus estudios o al menos incorporarse al negocio del padre. La madre me dijo entonces que convenía suspender por unos días el tratamiento porque su hijo estaba un poco resfriado. Yo seguí con ímpetu adelante, pensando que la esquizofrenia es mucho más grave que un catarro estacional. La madre cayó entonces en cama, el paciente empezó a delirar y mi amigo me pidió que interrumpiera la cura. Así aprendí, con dolor, qué fuertes son los lazos familiares.

La disminución de *la angustia* y *la culpa* son, desde luego, indicadores importantes, aunque no se trata de que falten por completo sino que se las pueda enfrentar y manejar. Un paciente le dijo cierta vez a Mrs. Hick que no sabía por qué sentía tanta angustia al manejar su auto y ella le «interpretó» que era porque no sabía manejar. A regañadientes el analizado tomó unas lecciones y se le pasó la angustia. No está mal sentir angustia si ella nos advierte de un peligro real (chocar con el auto) o aun subjetivo; mal está negar la angustia, proyectarla o actuarla. Lo mismo vale para los sentimientos de culpa si ellos nos van a servir para advertir nuestros errores y mejorar nuestra consideración por los demás.

En su trabajo de Innsbruck, Ferenczi le da mucha importancia a *la verdad* y a la mentira. Empieza, de hecho su relato, con el caso de un hombre que lo engañó sobre su realidad económica y afirma que «un neurótico no puede considerarse curado mientras no ha renunciado al placer de la fantasía inconciente, es decir, a la mendacidad inconciente» (*Problemas y métodos del psicoanálisis*, pág. 70). Después Bion (1970), que tantas veces parece seguir la ruta de Ferenczi aunque nunca lo advierta, tomará el mismo problema en *Attention and interpretation*, cap. 11.

Cuando hablamos del punto de irreversibilidad al final del capítulo anterior vimos que Rickman toma como un indicador importante *el fin de semana*, en cuanto mide la forma en que el analizado enfrenta la angustia de separación. Recordemos que Rickman atiende no sólo al comportamiento del analizado en el trance de la separación sino también a las fantasías que tiene sobre el otro, el analista.

Las ideas de Rickman fueron después retomadas por otros autores, sobre todo en Londres y Buenos Aires, para subrayar la importancia de la angustia de separación en la marcha y el destino del proceso psicoanalítico. Vimos en su momento, por ejemplo, que Meltzer edifica en buena medida toda su teoría del proceso en las estrategias de que se vale el analizado para elaborar o eludir la angustia de separación. Hacia la misma época, Grinberg (1968) estudia la importancia de la angustia de separación en la génesis del acting out, lo mismo que Zac (1968). La separación del fin de semana —dice Zac— deja al analizado sin el continente de su ansiedad, lo que monta tanto como sentir que el analista le inyecta la angustia y la locura, a lo que él responde con el acting out para restablecer el precario equilibrio anterior.

La mayoría si no todos los analistas son solidarios con lo que dijo Freud en aquel trabajo, breve y hermoso, titulado «La responsabilidad moral por el contenido de los sueños» (en 1925i), en cuanto *los sueños* son parte de nosotros mismos, somos de ellos siempre responsables. Para algunos autores, como Meltzer (1967), no sólo las ideas latentes del sueño son indicios importantes sino también el contenido manifiesto, ya que puede expresar plásticamente lo que Meltzer gusta llamar la geografía de la fantasía inconciente.

Si, como nos pide Freud en su corto ensayo, podemos aceptar que los deseos censurables que aparecen en nuestros sueños nos pertenecen, es porque somos capaces de observar sin distorsiones nuestra realidad psíquica, y estaremos entonces más cerca de la terminación del análisis. Lo que dice Meltzer sigue en la misma dirección aunque es distinto ya que toma el contenido manifiesto. Si el soñante aparece representado por distintos personajes todos los cuales son para él afines a sí mismo, quiere decir que ha logrado una integración de distintas facetas de la personalidad como para considerar que el análisis está ya muy avanzado. Yo sueño, por ejemplo, que voy con un niño de la mano y digo que es mi nieto o que tiene una característica mía infantil, algo que yo tuve de niño, algo que yo siento directamente que me representa, puede suponerse que esa parte mía infantil está incorporada a mi self; si yo dijera, en cambio,

que es un niño desconocido o que se me escapa de la mano habría que pensar que no lo está.

Como vimos al hablar de los estilos en el capítulo 34, Liberman ha elaborado toda una teoría de *los indicadores lingüísticos*. Postula un yo idealmente plástico como un logro básico del tratamiento psicoanalítico, yo que ha podido incorporar las cualidades o funciones que le faltaban y morigerar las que tenía en exceso. Hay estilos complementarios y, en la medida que podamos utilizarlos contrapuntísticamente, más cerca estaremos de la salud, esto es de la terminación del análisis.

Liberman expuso algunas de estas ideas en su comunicación al primer simposio de la Asociación de Buenos Aires, «*Análisis terminable e interminable*» *cuarenta años después*, realizado en 1978. Así como Melanie Klein observó que cuando un niño progresa en el análisis aparecen nuevas maneras de jugar, del mismo modo pueden apreciarse los cambios del adulto a través de su comportamiento lingüístico. «Esto lo observamos cada vez que nuestros pacientes incrementan su capacidad y desempeño lingüístico (véase Chomsky, N., 1965) en los momentos de insight, que surgen como epifenómeno de todo un proceso de elaboración que ocurre dentro y fuera de la sesión.¹

Un indicador que puede ser particularmente sensible y que en principio se ofrece espontáneamente es *el componente musical del lenguaje*, del que se ocupó penetrantemente Fernando E. Guiard (1977). Las referencias a la entonación y al ritmo pueden señalar cambios significativos, que hablan de una línea melódica profunda en la interacción comunicativa. A través de este tipo de indicadores pueden apreciarse, como nos enseña Guiard, una gama de sentimientos que no sólo sirven de indicadores de la terminación sino que apuntan también a las posibilidades sublimatorias del sujeto y a su adecuada captación de los sentimientos del analista.

Sin perjuicio de que pueda haber otros que yo omití u olvidé, deseo señalar que los indicadores aquí expuestos son útiles y confiables si se los sabe valorar adecuadamente. Uno seguramente no basta; pero, cuando aparecen varios, cuando surgen espontáneamente y en distintos contextos, podemos pensar con seguridad que estamos en la buena senda.

Deseo remarcar una vez más que los indicadores valen si y sólo si se los recoge del material espontánea e indirectamente, jamás si se introducen subliminalmente en el analizado como una ideología del analista. Recuerdo cuando comencé mi análisis didáctico en Buenos Aires al terminar la década del cuarenta y el *Análisis del carácter* era muy valorado. La idea de primacia genital operaba para nosotros candidatos como una exigencia superyoica, que realmente poco o nada tenía que ver con el ejercicio de la sexualidad. Así, un indicador preciso y precioso como este, se desnaturalizaba por completo.

¹ «¿Qué es lo que subsiste y lo que no de "Análisis terminable e interminable"» (1978a).

3. El proceso posanalítico

Muchos autores se han preocupado por el proceso posanalítico pero ninguno, tal vez, con tanto rigor como Fernando E. Guiard (1979), a quien seguiremos en nuestra exposición.

No basta incluir el autoanálisis en el posanálisis: debemos «interesarnos por el destino posterior de nuestros analizados y tratar de compartir con nuestros colegas, cuando sea posible, los datos obtenidos» —propone Guiard (pág. 173)—.

Para obtener datos del posanálisis contamos con tres posibilidades: las *espontáneas*, cuando el ex analizado nos escribe o nos visita; las *accidentales*, cuando nos enteramos de algo sobre el ex analizado por casualidad y las *programadas*, que el analista propone con finalidades de *follow up*.

En los últimos años se advierte una tendencia creciente a darle una importancia real al periodo posanalítico. Leo Rangell (1966) sostiene que debe considerárselo una etapa más del proceso psicoanalítico, es decir, incluirlo y considerarlo parte de la cura. Guiard va más allá y cree que debe dársele plena autonomía, considerándolo como un acontecimiento nuevo y distinto, al que propone llamar *proceso posanalítico*, lo que a primera vista me parece una ruptura demasiado grande. Guiard piensa que se trata de un proceso de duelo, de cuyo desenlace dependerá el futuro del análisis realizado y afirma que «no es sólo una continuación del proceso analítico, sino que es un nuevo proceso puesto en marcha por la ausencia perceptual del analista» (1979, pág. 195).

Siguiendo los lineamientos generales de la teoría de la regresión terapéutica, Rangell sostiene que el posanálisis es la cura de la neurosis de transferencia y lo compara con el posoperatorio quirúrgico en que el operado se tiene que recuperar de la enfermedad originaria no menos que de la enfermedad quirúrgica misma. Guiard comparte este criterio cuando dice que el proceso posanalítico es como una convalecencia de la neurosis de transferencia, esa zona intermedia entre la enfermedad y la vida, como decía Freud (1914g); y, al mismo tiempo, de una nueva enfermedad ocasionada por la separación que hay que enfrentar en soledad. Quien no admite como yo la teoría de la regresión en el setting, tampoco verá al posanálisis como enfermedad iatrógena y convalecencia del proceso sino como la etapa natural y dolorosa en que culmina el análisis. La idea de convalecencia de Guiard, dicho sea de paso, no apoya su propuesta de considerar al posanálisis como un proceso nuevo y distinto.

La evolución del proceso posanalítico cursa para Guiard en tres etapas, la etapa *inicial* en que se echa de menos al analista y se anhela su retorno, otra etapa de *elaboración* en la cual el ex analizado lucha por su autonomía y acepta la soledad y la etapa del *desenlace* en que se alcanza la autonomía y la imagen del analista se vuelve más abstracta (*ibid.*, pág. 197).

De acuerdo con esta perspectiva, Guiard recomienda ser cauto y **no** esperar durante el lapso en que transcurre el proceso posanalítico, y sólo interrumpirlo con un nuevo análisis si se está seguro de que no va a desarrollarse convenientemente.

4. El *follow up*

Si pretendemos estudiar el proceso posanalítico y también evaluar los resultados de un análisis, entonces tenemos que decidimos por establecer con el analizado antes de darlo de alta algún tipo de contacto futuro. En general, el método más lógico es el de entrevistas periódicas.

Personalmente soy partidario de establecer en la mejor forma posible un acuerdo para hacer el *seguimiento* (*follow up*), pero esto no es sencillo. Por de pronto, depende completamente del paciente, ya que exigirle que comparezca sería no dar por terminado el análisis, mantener el vínculo. Además, en cuanto no podemos utilizar los instrumentos analíticos de observación, las entrevistas de seguimiento no son muy convincentes, muy confiables.

Yo les propongo a mis pacientes que vengan a los tres y a los seis meses y después una o dos veces por año y por un tiempo variable. Algunos cumplen con el programa propuesto y otros no. No hay que perder de vista que uno es importante durante el análisis porque hay un proceso de concentración de la transferencia (o de neurosis de transferencia) que por una parte se resuelve y lo que resta irremediablemente se pierde. El analista queda por fin como una persona que ocupa su lugar, un lugar importante en el recuerdo pero ya no en la vida del paciente. El destino de un buen analista es la nostalgia, la ausencia y a la larga el olvido.

En las entrevistas posanalíticas, sean espontáneas o acordadas, adopto una actitud afectuosa y convencional, sentado frente a frente con mi ex analizado y sólo ocasionalmente interpreto. Coincido con Rangell que si la interpretación es necesaria y esperada, el ex analizado la recibirá bien.

Dejo librado al ex analizado la dirección de la entrevista y acepto que me pague o no según su deseo. Una ex paciente muy seria y responsable que se ajustó estrictamente al programa de las entrevistas que habíamos convenido nunca me pagó. En un caso, sin embargo, me consultó angustiada porque iba a ser abuela. Se dio cuenta ella misma de que el acontecimiento le había reactivado el conflicto con la madre, me pagó y se fue tranquila, no sin decir que le había cobrado muy barato. (Durante su tratamiento siempre decía lo contrario.).

Volvió después a la última entrevista que habíamos programado y se despidió con mucho afecto y sincera gratitud. Poco después la vi en un negocio y fue grande la alegría que sentí. Creo que a ella le pasó lo mismo. Abandonada en parte la reserva analítica le pedí que me llamara para vernos de nuevo. Prometió hacerlo pero no lo hizo, aunque esto no sé si adjudicarlo a su condición de ex analizada o simplemente de portañá.

Algunos analistas aceptan que un ex analizado, sobre todo si es colega, los consulte ocasionalmente para ser ayudado a resolver algún problema de su autoanálisis. Un pedido así puede complacerse circunstancialmente pero nunca en forma sistemática porque sería una forma encubierta de seguir o reiniciar el análisis.

La experiencia de la terminación debe ser concreta y poco ambigua, dejando al analizado la libertad de volver si lo desea, más allá de las

entrevistas programadas de seguimiento. Freud decía que el vínculo afectivo de intimidad que deja el análisis es muy valioso y es lógico que un ex analizado quiera hablar con el que fue su analista frente a una determinada emergencia.

Toda alta analítica es a prueba, lo cual no quiere decir que se la da livianamente, sino que el analista puede haberse equivocado o el paciente tener problemas que lo hagan ir para atrás. No podemos comparar el alta analítica con la que da el cirujano después de una apendicectomía, seguro de que su paciente no va a volver a tener apendicitis, ¡ni aunque tenga un divertículo de Meckel! Como uno nunca sabe si el ex paciente va a necesitar analizarse de nuevo, es lógico mantener una cierta reserva; pero estas precauciones variarán con los años y con lo que cada ex analizado prefiera. Tendremos siempre derecho a preservar nuestra intimidad, pero no a imponer nuestra idea de la distancia a los otros.

No soy partidario en principio de cambiar la relación analítica por una relación amistosa, lo que a mi juicio tiene inconvenientes. Comprendo que puede haber una tendencia natural a que así sea y que alguna vez, en el curso del tiempo, pueda irse desarrollando en forma espontánea una amistad, pero no creo que todos mis pacientes tengan que terminar siendo mis amigos. Podría ser que esa amistad sea un remanente de la transferencia y, aunque no lo fuera, deja al paciente desguarnecido, en cuanto ya no tiene más analista si quisiera volver a analizarse.

48. Técnica de la terminación del análisis

1. Introducción

Dijimos en los capítulos anteriores que cada etapa del análisis tiene su dinámica particular, la cual se traduce en indicadores clínicos que nos permiten abordarla. Dijimos también que los indicadores de la terminación aparecen gradual y espontáneamente hasta adquirir bastante claridad, y estudiamos los fundamentales: la morfología de los sueños, el tipo de comunicación y las modalidades estilísticas, el comportamiento con la pareja, la familia y la sociedad, el manejo de la angustia (de separación) y la culpa y, desde luego, el alivio de los síntomas. El amor y el trabajo, siempre se ha dicho, son las dos grandes áreas donde se puede medir el grado de salud mental de los mortales.

Nos toca ahora ocuparnos del tercer enfoque con que corresponde estudiar el proceso de la terminación, el aspecto técnico, es decir el *modus operandi* con que se pone punto final a un análisis.

En el curso del proceso analítico veremos sin proponérselo, porque se va imponiendo espontáneamente a nuestro espíritu, que el analizado ha ido cambiando, y él mismo también, a su manera, lo observará. Notaremos que sus síntomas ya no están más o disminuyeron mucho, que ha recuperado su capacidad genital, que trabaja mejor y puede también gozar del ocio, etcétera. Esto se acompaña con la emergencia de los indicadores estudiados y, una vez que estos indicadores se presentan, surge el problema de cómo va a ser el proceso de terminación.

Hay muchas formas de culminar un proceso analítico, lo que depende de las teorías y el estilo del analista, así como también de las predilecciones del paciente y hasta del medio social y de las circunstancias de la vida.

2. Los modelos de terminación

Hemos dicho que hay indicadores clínicos de la terminación del análisis susceptibles de ser explicados por determinadas teorías y tratamos de señalar que ellos existen por derecho propio y no deben superponerse a las hipótesis que pueden serles aplicadas. Dígamos ahora que la terminación plasma en *modelos* y que, si bien estos modelos varían infinitamente como los casos de la práctica a los que se adscriben, convergen a la larga

en dos fundamentales que parecen abarcar a los demás: el nacimiento y el destete. Nuevamente tenemos que advertir que no deben superponerse aquí los modelos con las teorías a las que nos remiten, ya que podemos aceptar un modelo determinado y no suscribir, sin embargo, la teoría que lo ha propuesto.

El modelo del nacimiento fue estudiado por Balint (1950) y Abadi (1960) entre otros. Estos autores piensan que la terminación del análisis es isomórfica con la experiencia del nacimiento. En el capítulo 46 vimos que Balint compara la terminación del análisis con el pasaje del amor objeto primario al amor genital maduro que representa un *new beginning*: el analizado siente que nace a una nueva vida, donde se mezclan sentimientos de pena por la pérdida con la esperanza y la felicidad.

Abadi (1960) usa también el modelo del nacimiento para dar cuenta de la terminación del análisis según su propia teoría del desarrollo. La situación básica del ser humano gira alrededor del nacimiento: la vida del hombre transcurre desde el cautiverio intrauterino hacia la libertad que está afuera. La dinámica de esta situación depende de la prohibición de la madre, que impide nacer, en conflicto con el deseo de libertad del niño y la culpa que lo acompaña por el crimen cometido al nacer contra la prohibición maternal. Este conflicto cristaliza en el trauma del nacimiento. La tarea principal del analista es, pues, acompañar a su analizado en su natural proceso de liberación. Esta perspectiva «convierte el psicoanálisis, en cuanto concepción del hombre, en una ideología de la libertad» (1960, pág. 167).

Melanie Klein, por su parte, cree firmemente que la experiencia de terminar un análisis exitoso es la réplica exacta del destete: finalizar el análisis es literalmente destetarse del analista-pecho, es repetir aquella experiencia fundante y fundamental. Dentro de la escuela kleiniana nadie discute este punto de vista, ya que se acepta que la posición depresiva infantil se organiza básicamente alrededor de la experiencia de la pérdida del pecho. Siguiendo esta línea de pensamiento, Meltzer llama *destete* a la última etapa del proceso psicoanalítico.

Conviene señalar, también, que Klein considera que esta primera experiencia de duelo por el pecho se va a reactivar después ante las otras crisis del crecimiento, como el entrenamiento esfinteriano, la pérdida de los objetos edípicos y todas las ulteriores situaciones de duelo en el curso de la vida. Para Klein todo duelo es un duelo por todos los duelos.

Arminda Aberastury decía, con razón, que un duelo profundo, que se prolonga hasta la adolescencia, es el de la pérdida de la bisexualidad, del soñado hermafroditismo psíquico que nos es difícil de abandonar para terminar siendo secamente hombres o mujeres.

Los autores que, como Rangell, no creen que las experiencias del primer año de la vida sean recuperables podrán aceptar que la terminación del análisis adopte el nacimiento o el destete como modelo pero nunca como la repetición cabal de aquellos episodios lejanos e inasibles.

Los modelos de la terminación no deben confundirse, pues, con las teorías de alto nivel de abstracción que tratan de explicar a través de ellas

la dinámica profunda de la última etapa del análisis. Yo puedo tener el modelo de que terminar mi análisis es como recibirme de bachiller o de médico o como aprender a nadar o a bailar, pero esto no quiere decir que aquella promoción o este aprendizaje fue el punto de partida de mi vida mental, mi carácter, mi neurosis.

La división que acabo de proponer tiene a mi juicio suficiente valor metodológico, pero no se la debe pensar como prístina y distinta. A veces el modelo y la teoría confluyen y resulta imposible deslindarlos. En un trabajo conciso y elegante, Janine Chasseguet-Smirgel (1967) demostró convincentemente que los sueños de examen tiene que ver con los procesos de maduración, y no por nada se le llama «matura» al examen del bachillerato en los países germanos. En este caso, pues, recibirse de bachiller puede ser no sólo un modelo del proceso de terminar el análisis, en cuanto remite a una experiencia de vida concreta y singular.

Sylvia Payne, por su parte, en su breve trabajo de 1950, señala que la terminación del análisis se homologa a veces al temor a crecer o ser grande, a dejar la escuela o la universidad, renacer, destetarse o cumplir un proceso de duelo, es decir, momentos críticos del desarrollo que obligan a reorganizar el yo y los intereses libidinales del sujeto.

En un trabajo breve y perdurable, «La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva» (1958), Arminda Aberastury¹ articuló la teoría de la posición depresiva infantil con el lenguaje, la erupción dentaria y la deambulación, que aleja al niño del pecho y lo pone a cubierto de su sadismo oral. Cuando analicé a un hombre que tardó en caminar por una luxación congénita de la cadera, se impuso con fuerza el aprender a caminar como modelo de terminación del análisis.

Quien primero tomó el nacimiento como modelo de la terminación del análisis fue sin duda Otto Rank (1924), quien construyó después sobre esa base una psicología profunda alejada ya del psicoanálisis ortodoxo, donde todos los esfuerzos terapéuticos van a centrarse en el trauma del nacimiento. *Das Trauma der Geburt* se publicó en Viena en 1924 y es evidente que contó en principio con el interés científico de Freud, que no acompañó a Rank por cierto en sus postulaciones ulteriores.

Rank parte de un hecho de frecuente observación —que ya he señalado— y es que todos los pacientes simbolizan el final del análisis con el nacimiento. Esta fantasía llegó bien pronto a ser para Rank no sólo un símbolo sino también, y estrictamente, una repetición del nacimiento en el curso del análisis. De ahí Rank deduce que el nacimiento configura la angustia primordial del ser humano, organizándose de ahí todas las demás, un punto de vista que Freud adopta en *Inhibición, síntoma y angustia*.

Si bien existen dudas sobre la influencia de estas ideas de Rank sobre la segunda teoría de la angustia de Freud, como lo dice Strachey en su nota introductoria al libro de 1926, lo más probable a mi juicio es que la

¹ El trabajo se publicó originariamente en la *Revista de Psicoanálisis* cuando Arminda estaba casada con Pichon Rivière, pero yo lo incluyo en la bibliografía como Aberastury.

teoría de Rank sobre el trauma del nacimiento influyera en el Freud de 1926. Rank, por supuesto, derivó de ella una explicación de la neurosis y de la cultura donde el trauma del nacimiento vino a ocupar el lugar del complejo de Edipo.

3. La terminación del análisis y el duelo

Muchos autores consideran que el fin del análisis promueve un proceso de duelo, sin por ello pensarlo isomórfico al del niño por el pecho en el momento del destete como postula Klein.

En este contexto, Annie Reich (1950) señala, por ejemplo, que la terminación del análisis conlleva una doble pérdida, transferencial y real. Aquella es inevitable, ya que aun en el análisis más logrado siempre quedan restos de transferencia y nunca termina por extinción como quería Ferenczi. Junto a esa pérdida por los objetos transferidos de la infancia, el analizado pierde también al analista mismo, al analista en persona. Una relación que se ha prolongado mucho tiempo y que llegó a alcanzar un alto grado de intimidad y confianza no puede dejarse sin pena. Teniendo en cuenta la magnitud de esta doble pérdida, Annie Reich aconseja fijar la fecha de terminación anticipadamente y por varios meses.

Ya hemos visto que Klein (1950) estableció una directa relación entre la posición depresiva infantil, decisiva para ella en la estructura de la mente, con la terminación del análisis. Un análisis que ha cursado satisfactoriamente debe desembocar en una situación de duelo por el analista que reactiva y revisa todos los duelos de la vida, a partir del primero y principal, el duelo por el pecho. Los criterios de la terminación del análisis remiten siempre, entonces, a una suficiente elaboración de las angustias paranoides y depresivas del primer año de la vida. También Abraham (1924) había postulado como punto insoslayable de la depresión en el adulto la existencia de una depresión primaria o protodepresión, ligada al desenlace del complejo de Edipo. Las ideas de Klein se ubican desde luego en esta misma línea de pensamiento, pero su propuesta es mucho más audaz y rigurosa en cuanto ubica esa protodepresión mucho antes (ya a partir del segundo trimestre del primer año de la vida) y la erige en un momento ineludible del desarrollo normal.

Puesto que las angustias depresivas son por definición lábiles y cambiantes, en su clasificación de las etapas del proceso analítico Meltzer llama a la que estamos estudiando *el umbral de la posición depresiva*. Nadie llega de hecho a la posición depresiva, que más que un logro es una aspiración, que no es un sitio o una cosa sino una compleja constelación de fantasía y realidad organizada en torno de la relación de objeto, fuertemente inspirada por la urgencia de la reparación.

A medida que se van resolviendo las confusiones de zonas y de modos de la tercera etapa, el pecho nutritivo aparece como el objeto *princeps* de la realidad psíquica, y su confluencia con el hasta entonces disociado pecho inodoro enfrenta al niño con la más fuerte angustia depresiva. al

comprender que su agresión se dirigía en última instancia al objeto que le da la vida. El correlato de este momento fundante del desarrollo es que el analizado reconoce, por fin, la autonomía y la función del analista. Cuando esto se logra, dice Meltzer, se inicia la cuarta etapa del proceso analítico y, desde ese momento, la idea de la terminación pende como la espada de Damocles sobre el analizado.

Llama la atención, sigue Meltzer, y no deja de gravitar sobre la contrasferencia del desprevenido analista, que el reconocimiento del analizado es primero al método que el analista mismo. Dirá que necesita el análisis pero pondrá en duda que su analista sea el más indicado para proporcionárselo. También Money-Kyrle (1968) describe la misma configuración, como veremos, al decir que la clase de analista bueno puede no aplicarse al analista que uno tiene.

Es esta una etapa de lucha en la que el impulso a la integración choca continuamente con la retirada regresiva hacia el cómodo terreno de las confusiones de zonas y de modos. El psicoanalista tiene que esforzarse realmente mucho para acompañar a su analizado en el difícil tránsito de la maduración que implica reconocer y al mismo tiempo perder el pecho, simultáneamente con el dolor y los celos frente a la escena primaria pregenital y genital, que terminará por destacar el coito como supremo acto de creación y placer, reconociendo por fin la función creativa y reparadora del pene del padre y sus testículos.

Como hemos dicho ya, el umbral de la posición depresiva se alcanza para Meltzer, en el mejor de los casos, en dos o tres años de análisis con los niños y en cuatro o cinco con los adultos, plazos que yo personalmente tardo más en alcanzar con mis analizados.

En cuanto a la duración de esta etapa misma los plazos varían mucho según el caso particular: las agónicas fluctuaciones entre integración y regresión se prolongan un tiempo variable; pero me atrevería a decir que desde que aparece la idea de que el análisis está en su proceso de terminación hasta que se plantea la terminación misma pasan siempre más de dos años.

4. La fobia a la mejoría

Así como casi todos los autores conciben la terminación del análisis como un proceso de duelo, casi todos también piensan que en ese momento se reactiva el temor fóbico de quedarse solo, abandonado, sin protección. Garma (1974) le da a los temores fóbicos del final de análisis un significado muy original.

Para Garma el duelo de la terminación es siempre contingente y encubre la mayoría de las veces una sutil estrategia defensiva, y lo que verdaderamente cuenta es la necesidad por parte del analizado de liberarse de objetos malos, perseguidores, que le impiden avanzar en su mejoría. Se configura así una situación fóbica, donde el analizado no quiere llevar

adelante su mejoría por temor a los objetos internos dañinos. Quede claro que la fobia que describe Garma no es la fobia que todos podemos detectar como expresión de un sentimiento muy natural de miedo a quedarse sin el analista y tener que enfrentarse con un mundo potencialmente hostil. Esta fobia es la común, mezcla de angustias no sólo persecutorias sino también depresivas, la que todos admiten. Lo que dice Garma es otra cosa.

Si un tratamiento psicoanalítico llega a un final exitoso, surge en el analizado el deseo, bien lógico por cierto, de acrecentar su mejoría para poder comportarse en forma capaz y adulta cuando llegue el momento de separarse de su analista. A este deseo positivo, sin embargo, se oponen los objetos internos perseguidores, proyectados a la sazón en el analista, que sólo permiten una mejoría limitada. Esta configuración cristaliza en las tres resistencias básicas que describe Garma: la fobia a la mejoría, la intensificación del proceso de duelo y el rebajamiento de la capacidad del analista.

Una vez comprendida la dinámica que nos propone Garma, resulta claro que la fobia de la terminación expresa el temor a mejorar y evita el ataque de los objetos internos perseguidores: el analizado huye de la mejoría para no tener que enfrentarlos. La fobia sanciona así, para Garma, el sometimiento a los perseguidores internos y también, desde luego, al analista que por proyección los representa.

La mejor estrategia para consolidar las defensas fóbicas recién descriptas es la de intensificar las reacciones de duelo ante la futura separación; y lo que debe hacer el analista, entonces, es desenmascarar esa estrategia aplacatoria en lugar de aceptar los falsos sentimientos de duelo. Como la mayoría de los autores, Garma cree que hay sentimientos de pérdida y de pena al final del análisis; pero, cuando se desbroza el falso duelo defensivo, el final del análisis se acompaña esencialmente de una vivencia de afirmación y satisfacción.

La tercera defensa a que recurre el analizado para evitar el conflicto con sus objetos persecutorios en el momento de la terminación es la denigración del analista. Al rebajar al analista el paciente logra dos grandes ventajas defensivas: si el analista es incompetente, entonces mal podrá ayudarlo a incrementar su mejoría y, al mismo tiempo, queda proyectada en el analista la tendencia a denigrarse a sí mismo, a considerarse incapaz de todo progreso. Estas tentativas de rebajamiento no tienen «como finalidad librarse de sus propios rebajamientos mediante su proyección (identificación proyectiva) en su analista, sino que tratan de conseguir que el analista sea de algún modo inferior, como el analizado inconcientemente piensa que es él mismo» (1974, págs. 686-7).

Coincido con Garma en que el duelo por los objetos persecutorios que no dejan crecer es un falso duelo y lo mejor que puede hacerse con ellos es expulsarlos para liberarse; pero, a diferencia de Garma, yo creo que allí no termina el asunto sino que es allí, justamente, donde empieza el verdadero final. Recuérdese que Meltzer señalaba al comienzo del umbral de la posición depresiva una curiosa disociación que da una expli

cación teórica distinta a las buenas observaciones clínicas de Garma: el paciente reconoce las virtudes del análisis pero desprecia de su analista. Si el analista remite la denigración a los objetos persecutorios que le impiden al paciente incrementar su mejoría, esto es, crecer, deja intacta la disociación y proyectadas en los objetos de la infancia las dificultades. El peligroso corolario de esta disociación es que el analista que deja crecer quede idealizado.

La mayor objeción que se le puede hacer a la teoría de Garma es que si son tan malévolos los perseguidores internos como para que el duelo por perderlos sea sólo una defensa, entonces habría que concluir en que el mundo interno no ha cambiado suficientemente. La teoría de Garma, en conclusión, puede reforzar los mecanismos paranoicos y maníacos, lo que alguna vez Racker (1954) llamó *manía reivindicatoria*.

5. El desprendimiento

Hay sin duda un momento en el curso de la terminación del análisis en que se impone a analizado y analista la idea de que se cumplieron suficientemente los objetivos con que se inició el tratamiento y que ha llegado el momento de decir adiós.

Desde el punto de vista de la técnica pueden seguirse varios cursos de acción según las predilecciones del analizado, el estilo del analista y las circunstancias reales. Puede fijarse una fecha concreta o puede operarse en dos pasos, afirmando primero que el análisis no se prolongará más de una fecha y fijando después el día preciso en que se llevará a cabo la última sesión.

Como ya hemos dicho, Meltzer le llama a esta etapa *el destete*, pero yo he preferido denominarla *desprendimiento* para no atarme a un modelo particular por significativo que parezca. Personalmente no tengo ninguna duda de que la posición depresiva es un momento fundante del desarrollo y gira alrededor del duelo por la pérdida del pecho; pero creo también que la riqueza de los hechos clínicos nos obliga a considerar cada caso como particular y único, dispuestos siempre a descubrir lo irrepetible.

Arlow y Brenner (1964), para refutar la idea de que el proceso analítico reproduce los estadios tempranos del desarrollo, citan el caso de un hombre para quien la terminación del análisis representaba la pérdida del prepucio antes que la del pecho. En este, como en todos los casos, aplicar un esquema teórico al material del enfermo nos hubiera hecho perder lo específico de su sentimiento de pérdida. No creo de ninguna manera, sin embargo, que una experiencia como esta deba contraponerse a la otra, afirmando que para este hombre era el prepucio y no el pecho el objeto perdido. Esto, para mí, no es más que una negación. Los objetos primarios son intercambiables y quien tiene pena por haber perdido su prepucio también la tendrá por el no menos perdido pecho.

La gran paradoja, la gran tragedia de la terminación del análisis es

49. El insight y sus notas definitorias*

1. Consideraciones generales

Si el proceso psicoanalítico se propone el logro del insight, entonces el insight constituye por definición la columna vertebral del proceso psicoanalítico.

Esta idea no es de por sí polémica, porque la aceptan prácticamente todos los analistas; pero se discute, en cambio, si hay otros factores que coadyuvan con el insight para determinar la marcha del proceso. Hay aquí, sin duda, un problema de fondo que no es el momento de estudiar; pero es necesario advertir que, a veces, las divergencias dependen del alcance que se le dé a las palabras.

Nacht (1958, 1962, 1971) puede cuestionar la actitud de neutralidad de la técnica clásica y contraponerla a lo que llama *presencia* del analista, pero no llega a poner en tela de juicio la función del insight, como puede verse en su ponencia al Congreso de Edimburgo de 1961. De todos modos, y a diferencia de Nacht, la mayoría de los autores piensa que el insight se logra fundamentalmente a través de la interpretación psicoanalítica, aunque también aquí hay discusiones, por cuanto para algunos el insight puede alcanzarse también con otros métodos. Un hombre tan riguroso como Bibring (1954), por ejemplo, dice que el insight se logra no sólo a través de la interpretación sino también del esclarecimiento, a pesar de que este sea, nuevamente, un problema de definición; y, como dice Wallerstein (1979), sea más fácil decirlo que discriminarlo en la práctica.

En resumen, todos los autores piensan que el insight es el motor principal de los cambios progresivos que promueve el análisis, es decir, de la cura; pero hay quienes toman en cuenta otros elementos y/o cuestionan las condiciones en que el insight opera.

Nadie duda, en cambio, que hay otros factores que pueden remover los síntomas y aun promover cambios en la personalidad, pero pertenecientes a las terapias sugestivas o supresivas, las que actúan *per via di porre*, no como el psicoanálisis.

* Este capítulo y los dos que siguen aparecieron con el título «Insight» en el volumen 2 de *Trabajo del Psicoanálisis* (1983).

2. La versión freudiana de insight

«Insight» no es por cierto un término freudiano; proviene en realidad del inglés, y no sólo como palabra sino también como concepto, ya que son los analistas de esa lengua de Europa y América los que lo acuñaron. Pienso, sin embargo, que los autores que se dieron a utilizar esta palabra no lo hicieron con la idea de estar introduciendo un nuevo concepto; consideraron, más bien, que habían dado con un vocablo elegante y preciso para expresar algo que le pertenece por entero a Freud. El análisis se propone dar al analizado un mejor conocimiento de sí mismo; y lo que se quiere significar con insight es ese momento privilegiado de la toma de conciencia. Dejemos en claro, sin embargo, que la palabra *Einsicht*, equivalente al inglés *insight*, aparece rara vez en la obra de Freud, y, desde luego, no con el significado teórico que se le da actualmente.

A todo lo largo de su empecinada investigación Freud afirma que en su método lo fundamental es el conocimiento. En una época serán los recuerdos, en otra los instintos; pero la meta es siempre el conocimiento, la búsqueda de la verdad.

En la primera tópica el conocimiento consiste en *hacer conciente lo inconciente*. Este célebre apotegma tuvo en principio el significado tópico de un pasaje del sistema Icc al Prcc, pero a eso pronto se agregó el punto de vista dinámico, en cuanto es a partir del vencimiento de las resistencias que algo se hace conciente. De esta forma la idea se enriquece y se recubre de un contenido metapsicológico, sin que cambie su esencia.

El tercer punto de vista de la metapsicología, el económico, impone que la toma de conciencia se haga atendiendo al montante de excitación que surge en el proceso. La importancia del factor cuantitativo en cuanto a la eficacia de la interpretación fue estudiada por Reich (1933) y por Fenichel (1941), aunque ya está presente, de hecho, en el método catártico, cuando Breuer y Freud (1895d) señalan que sólo cuando el recuerdo patógeno alcanza suficiente carga afectiva resulta eficaz para modificar los síntomas neuróticos.

El concepto económico es, pues, simultáneo (o previo) al topográfico; el concepto dinámico, en cambio, no puede establecerse antes de que se formule la teoría de la represión.

En resumen, la regla de hacer conciente lo inconciente se va recubriendo de los diversos significados que Freud despliega en su primera tópica, los cuales, cuando aparece el concepto de insight, se le aplican con naturalidad y sin violencia. El vocablo insight se amolda, pues, perfectamente a la metodología de los trabajos de 1915 y Freud bien podría haber dicho: el método psicoanalítico tiene por finalidad hacer conciente lo inconciente y a esa toma de conciencia la vamos a llamar insight.

Años después, cuando introduce el punto de vista estructural, Freud emplea otro modelo, y entonces dice que la base del tratamiento psicoanalítico es que los procesos ideativos pasen de un sistema no organizado a otro de alta organización, del ello al yo: *donde estaba el ello debe estar el yo*, y este pasaje de sistema supone, por cierto, un cambio de principio

primario a proceso secundario. En sus *Ecrits* (1966), Lacan da al texto freudiano *Wo Es war, soll Ich werden* una traducción y un alcance distintos: «Donde estuvo eso tengo que advenir», para expresar una idea central de su teoría, esto es, la radical excentricidad del ser a sí mismo con que el hombre se enfrenta (*l'excentricité radicale de soi à lui-même à quoi l'homme est affronté. Ecrits*, pág. 524).¹ Estas reflexiones son, sin duda, importantes; pero no creo que modifiquen el argumento que estoy desarrollando.

Por todas estas razones, entonces, pienso que el vocablo «insight» viene a recubrir con exactitud un concepto de Freud, aunque él no lo haya empleado en la forma con que lo hacemos nosotros.

3. Transformaciones de la palabra insight

El vocablo «insight» se ha ido imponiendo hasta transformarse de una palabra del lenguaje corriente en una expresión técnica. Nadie duda actualmente, cuando la emplea, que está utilizando un término teórico. Si la rastreamos en los escritos psicoanalíticos la vamos a ver aparecer desde los años veinte, pero no con su sentido actual.

En su trabajo sobre el tic, Ferenczi (1921) cita un paciente catatónico muy inteligente que poseía un notable insight.² Sin embargo, cuando presentó ese mismo caso en un trabajo anterior,³ no empleó *Einsicht* sino *Selbstbeobachtung*, autoobservación.

Un uso particularmente moderno de esta palabra puede encontrarse en el clásico trabajo de Hermine von Hug-Hellmuth sobre la técnica del análisis de niños, leído en el VI Congreso Internacional (La Haya, 1920) y cuya traducción apareció en el *International Journal* de 1921. Dice esta autora que la finalidad del análisis es promover el más pleno insight de los impulsos y sentimientos inconscientes.⁴ En este párrafo y en otros del mismo trabajo el vocablo «insight» parece que se emplea con el mismo rigor que actualmente.

Siempre es difícil decidir en qué momento una palabra del lenguaje común se recubre de un significado teórico; pero, para el caso de «insight», tenemos dos puntos de referencia importantes. En el XIV Congreso Internacional, que se realizó en Marienbad en agosto de 1936, tuvo lugar el *Symposium on the theory of the therapeutic results of*

¹ «L'instance de la lettre dans l'inconscient». Maci (comunicación personal) traduce la expresión freudiana de esta forma: «mi ser es reubicarme con respecto a ese Otro».

² «A very intelligent catatonic patient who possessed insight to a remarkable degree». *International Journal*, pág. 5).

³ «Fünfte klinische Beobachtungen bei der Paranoia und Paraphrenie» (1914). Tanto en *Four contributions* (pág. 295), como en *Sexo y psicoanálisis* (pág. 207), se usan *self-observation* y autoobservación.

⁴ «Whereas in the analysis of the adult, we aim at bringing about full insight into unconscious impulses and feelings, in the case of a child, this kind of avowal expressed, without words, in a symbolic act, is quite sufficient» (1921, pág. 296).

psycho-analysis, en que participaron seis de los grandes analistas de esa época, Edward Glover, Fenichel, Strachey, Bergler, Nunberg y Bibring.⁵ Se barajaron allí diversas hipótesis en cuanto a la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis; pero la palabra «insight» no aparece por ninguna parte. Strachey, que la menciona en su trabajo de 1934, cuando dice que la segunda etapa de la interpretación mutativa se malogra si el paciente no tiene insight y no puede discriminar entre lo que le está pasando con el analista y lo que viene del pasado, no la emplea en Marienbad, sin duda porque no le parece necesaria.⁶

Veinticinco años después, en 1961, se vuelve al tema en el XXII Congreso Internacional que tuvo lugar en Edimburgo. El simposio se llamó esta vez *The curative factors in psycho-analysis* y participaron Maxwell Gitelson, Sacha Nacht y Hanna Segal, junto a cuatro discutidores (Kuiper, Garma, Pearl King y Paula Heimann).⁷ Todo el interés de los expositores se centró en el insight, y nadie lo discutió como factor predominante (y tal vez único) para explicar los factores curativos. Así, el lapso entre los dos simposios representaría el tiempo histórico en el cual la palabra «insight» se transforma en un vocablo estrictamente técnico.

4. Las acepciones del sustantivo insight

La palabra inglesa «insight» está compuesta del prefijo «in» que quiere decir *interno*, *hacia adentro* y «sight» que es *vista*, *visión*. Literalmente, pues, «insight» quiere decir visión interna, visión hacia dentro de las cosas y más allá de la superficie, discernimiento. El diccionario dice que es el poder de ver con la mente dentro de las cosas, la apreciación súbita de la solución de un problema.⁸ «Insight», pues, significa conocimiento nuevo y penetrante.

Esto nos lleva a discutir qué extensión debemos darle en psicoanálisis a la palabra «insight», ya que se la puede tomar con mayor o menor amplitud. En sentido lato significa conocimiento nuevo, conocimiento que, como dice Rapaport (1942, pág. 100), va más allá de las apariencias. Insight siempre implica acceso a un conocimiento que hasta ese momento no era tal. Esta definición (amplia) puede referirse, sin embargo, tanto a hechos externos como internos. Si yo, como el mono de Köhler, me doy cuenta atando cabos que si meto un palo dentro de otro invento un nuevo instrumento, puede decirse que yo he tenido insight en cuanto he creado algo, porque fui capaz de ir más allá de lo dado, de lo manifestado. El insight sería ese momento de novedad, de creación.

⁵ *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 18, partes 2 y 3.

⁶ Se dijo ya en el capítulo 33, y se reiterará más, sin embargo, que el trabajo de Strachey sobre la interpretación mutativa es, tal vez, el que mejor precisa el concepto de insight.

⁷ *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 43, 4 y 5 partes.

⁸ A. S. Hornby, H. V. Gatenby y H. Wakefield, *The advanced learner's dictionary of current English*, (1963).

Cuando la palabra «insight» se aplica de este modo para definir el instante en que accedemos a un conocimiento nuevo, pertenece todavía, a mi juicio, al lenguaje común. Así la emplea Rapaport en el trabajo recién citado y así la vemos aparecer en muchos escritos psicoanalíticos. En 1931, en el prólogo de la tercera edición inglesa de la *Traumdeutung*, al referirse a sus descubrimientos sobre los sueños, Freud dice que un insight como el suyo sólo se tiene una vez en la vida.⁹ Se refiere, indudablemente, al acto de creación que supone comprender la diferencia que hay entre el contenido manifiesto y el contenido latente del sueño, si así queremos describir aquel descubrimiento genial. También Melanie Klein (1955a) en su trabajo sobre la técnica del juego dice que el análisis de Rita y de Trude, y más aún el de otros niños de esa época que duraron más tiempo, le dieron insight sobre el papel de la oralidad en el desarrollo (*Writings*, vol. 3, págs. 134-5).

Es evidente para mí que, en estas citas, Rapaport, Freud y Klein se refieren al momento en que se adquiere un conocimiento científico, un conocimiento que pertenece al mundo y no al sujeto.

Yo creo, sin embargo, que la palabra «insight» sólo llega a adquirir el valor de un término teórico del psicoanálisis cuando se la emplea en sentido restringido. Está en el espíritu freudiano (y es la base de nuestro trabajo clínico) que, cuando aplicamos la palabra «insight» al nuevo conocimiento que adquiere el paciente en el análisis, nos referimos a un conocimiento personal. Hacer conciente lo inconciente significa que yo hago (en mí mismo) conciente lo inconciente; es un proceso intrasferible, no se refiere a lo exterior. No todo nuevo conocimiento, pues, es insight, sino sólo el que cumple con el postulado freudiano de hacer conciente lo inconciente. En este sentido, no debemos decir que cuando el analista se da cuenta de lo que le pasa al analizado tiene insight. Hablando estrictamente, lo que adquiere en ese momento es un conocimiento que corresponde al analizado. El analista sólo puede tener insight de su contratrasferencia. En la comprensión que yo tengo de mi paciente, siempre hay un tránsito por mi vida interior, en que tomo conciencia de mi similitud o de mi diferencia con él a través de mi contratrasferencia: a ese momento sí lo llamo insight.

Insight es, pues, el proceso a través del cual alcanzamos una visión nueva y distinta de nosotros mismos. Cuando se emplea la palabra «insight» en psicoanálisis hay que hacerle honor al prefijo «in», porque el insight es un conocimiento de nosotros mismos, no un conocimiento cualquiera.

⁹ «Un insight como este no nos cabe en suerte sino una sola vez en la vida» (AE, 4, págs. 27).

5. El insight y la teoría de la forma

Aunque yo me inclino a pensar, como Sandler *et al.* (1973), que «insight» es una palabra del lenguaje ordinario que se fue haciendo cada vez más técnica, debo decir que otros piensan que llega al psicoanálisis vía la psicología del aprendizaje y la psicología de la forma.

Como es sabido, la teoría de la forma (*Gestaltheorie*) surge como una reacción ante la psicología de los elementos, poniendo su atención en la estructura, en los conjuntos. El asociacionismo no permite aprehender la organización interna y la finalidad del hecho psicológico. La *Gestalt* (forma) es algo más que la suma de las partes; el todo tiene más dignidad que los elementos que lo componen, la estructura es el dato primero.

La teoría de la forma, que dio sin duda una explicación satisfactoria del fenómeno de la percepción, se aplicó también a otros temas de la psicología, aunque no siempre con la misma suerte. Se dijo, por ejemplo, que también la memoria o el pensamiento se pueden comprender como *Gestalten*, sin recurrir a las explicaciones de análisis y síntesis que supone la teoría del ensayo y error.

Al estudiar la psicología del chimpancé, Köhler (1917) pudo observar algunos hechos singulares. Cuando se le propone un problema como el de apoderarse de una banana con un palo que no alcanza para golpear la fruta, el animal se queda desconcertado como si estuviera pensando y, de repente, en un acto de intuición, que Köhler llama concretamente *insight*, se da cuenta de que metiendo un palo dentro de otro alarga suficientemente su instrumento para alcanzar la fruta, y así lo hace. Köhler quiere mostrar con esto que el pensamiento no se logra a través del ensayo y el error, y que es mejor explicarlo a partir de una *Gestalt*.

La palabra «insight» que empleara Köhler, fue después trasegada de la psicología de la forma a la teoría del aprendizaje (no se aprende por ensayo y error sino por la captación de totalidades) y de allí llegó finalmente al psicoanálisis.¹⁰

Thomas French escribió en 1939 un artículo, «Insight y distorsión en los sueños», donde utiliza la palabra «insight» en forma similar a la de Köhler. French piensa que la diferencia entre el chimpancé de Köhler y el paciente en el diván no es tan grande como parece. A pesar de que la teoría del deseo sea distinta, porque el chimpancé sabe que desea la banana y el paciente no sabe lo que desea, una vez que el paciente logra insight sobre su deseo inconciente, entonces se le plantea un problema parecido al del póngido, el de resolver el conflicto entre su deseo infantil y el resto de su personalidad que lo rechaza o lo acepta sólo en determinadas condiciones. Ese proceso de integración es similar, pues, a la actividad que tiene que cumplir el chimpancé de Köhler. La idea de insight en cuanto capacidad *gestáltica* de atar cabos se puede usar, concluye French, tanto en psicoanálisis como en la psicología del aprendizaje.

¹⁰ Una lúcida exposición de este desarrollo puede encontrarse en la monografía de ~~Wap~~ Zac de Filc (1979).

Aunque a French le interese la conducta adaptativa del yo frente al conflicto que le propone su deseo, no me parece conveniente entender el insight como un problema de conducta. Es mejor pensar que hay insight cuando el paciente se hace conciente de su deseo. Cómo procede después si entra en conflicto con ese deseo no es el problema del insight sino, en todo caso, de la elaboración. ¡Es poco probable que cuando el póngido come su banana satisfaga a la vez un deseo inconciente de *fellatio*!

6. El insight como fenómeno de campo

Para Madelaine y Willy Baranger (1961-62, 1964) el insight es un fenómeno de campo. La situación analítica se define como un campo bipersonal alrededor de tres configuraciones básicas: la estructura determinada por el contrato analítico, la estructura del material manifiesto y la fantasía inconciente. El punto de urgencia de la interpretación, donde se entrecruzan estas tres configuraciones, no depende sólo del paciente sino también del analista: «El punto de urgencia es una fantasía inconciente, pero una fantasía *de pareja*. A pesar de lo "pasivo" del analista, está involucrado en la fantasía del paciente. Su inconciente responde a ella, y contribuye a su emergencia y a su estructuración» (*Problemas del campo psicoanalítico*; 1969, pág. 166).

La dinámica de la situación analítica queda así definida como una situación de pareja, que «depende tanto del analista, con su personalidad, su modalidad técnica, sus herramientas, su marco de referencia, como del analizando, de sus conflictos y resistencias, de toda su personalidad» (pág. 167).

El campo funciona a partir de las identificaciones del analista y del analizado, si bien «cabe diferenciar la naturaleza de los procesos de identificación proyectiva e introyectiva en el analista y en el analizando. Es esta diferencia la que da cuenta del carácter asimétrico del campo» (pág. 169).

A pesar de que los Baranger afirman que la situación analítica es asimétrica, toda su reflexión se organiza sobre la base de la fantasía de pareja, que yo no puedo entenderla más que como simétrica. En «La situación analítica como campo dinámico» (1961-62) se lee: «Lo que estructura el campo bipersonal de la situación analítica es esencialmente una fantasía inconciente. Pero sería equivocado entenderlo como una fantasía inconciente del analizado solo. Es pan diario el reconocer que el campo de la situación analítica es un campo de pareja. Pero se admite que la estructuración de este campo depende del analizando, y se trata de actuar en consecuencia (preservando la libertad del analizando)» (1969, pág. 140). Este propósito es absolutamente digno de loas, dicen con ironía nuestros autores, para agregar de inmediato: «Hechas estas restricciones, no podemos concebir la fantasía básica de la sesión —o el punto de urgencia— más que como una fantasía de pareja (como en psicoterapia analítica de grupo, se habla de "fantasía de grupo", y con mucha razón). La fantasía

básica de una sesión no es el mero entendimiento de la fantasía del analizando por el analista, sino algo que se construye en una relación de pareja» (págs. 140-1). Atenuando de inmediato estas afirmaciones, los autores dicen que es indudable que los dos miembros de la pareja tienen un papel distinto y que el analista no debe imponer su propia fantasía, «pero tenemos que reconocer que para una “buena” sesión, tienen que coincidir la fantasía básica del analizando y la del analista en la estructuración de la sesión analítica» (pág. 141).

Sobre estas bases, los Baranger concluyen que el insight es un fenómeno del campo bipersonal, es obra de dos personas (1969, pág. 173). De allí que lo diferencien tajantemente del insight como cualidad personal, como momento de auto-descubrimiento. La palabra es la misma pero los fenómenos radicalmente distintos (pág. 173).¹¹

7. El insight y el proceso mental

La investigación recién expuesta tiene, entre otros, el doble mérito de haber destacado la importancia de la pareja analítica en el desarrollo del insight, mostrando a su vez que el analista participa de ese proceso. Podemos coincidir con los Baranger en que para dar insight al paciente tenemos que hacer insight en nosotros mismos, sin por ello seguirlos en su idea de que el insight es un fenómeno de campo, una luz que se enciende en un sitio desde donde ilumina simultáneamente a los dos miembros de la pareja analítica. A mi parecer, el fenómeno de campo que describen los Baranger sienta las bases para que sobrevenga el insight pero no es el insight mismo.

El insight debe considerarse conceptualmente intrasferible: yo sólo puedo tener insight de mí mismo. En el proceso analítico hay una situación especial pero que no cambia lo que acabo de decir, y es que, en general, la interpretación como agente del insight se construye no sólo sobre la base de nuestro conocimiento (de la teoría psicoanalítica, del paciente) sino también a partir de un momento de insight de nuestra contrasferencia.

Sin ser tan restrictivo como yo, puesto que piensa que el analista debe tener insight de las defensas del paciente, de sus conflictos y carácter, creen que Blum (1979) se aproxima a lo que aquí se sostiene cuando afirma que «El insight analítico es necesario para la conducción del análisis clínico y la resolución de la contrasferencia» (*Psicoanálisis*, págs. 1108-9).¹²

¹¹ *Problemas del campo psicoanalítico*, caps. VII y VIII.

¹² «*The analyst's insight, often enriched and advanced by creative patients, should be distinguished from the patient's insight. The analyst must have insight into the patient's defenses, conflicts, and character. The analyst's insight is neither symmetrical nor synchronous with that of the patient, and both precedes and permits proper interpretation and its construction. Analytic insight is necessary for the conduct of clinical analysis and resolution of countertransference*» (*Psychoanalytic explorations of technique*, Harold P. Blum, ed., pág. 44).

El insight debe considerarse, entonces, como el acto fundamentalmente personal de verse a sí mismo (Paula Heimann, 1962, pág. 231). El insight es una reflexión en el doble sentido de meditar y de doblar algo hacia adentro: el insight pertenece a la psicología procesal, no a la personalística (Guntrip, 1961). Como dicen los Baranger, la relación con el objeto tiene importancia, y mucha, en el logro del insight; pero más allá de lo que pueda surgir en el campo, el insight es siempre reflexión. Para que el fenómeno de campo (personalístico) se convierta en insight falta todavía que la identificación introyectiva provoque un momento de reflexión en el sentido más estricto de la palabra.

Lo que acabo de decir debe considerarse una característica definitoria del insight. No es una precisión académica; tiene que ver con la forma en que este concepto engarza con la idea de hacer conciente lo inconciente, que obviamente se refiere a uno mismo. Y, más importante todavía, define una forma de praxis, la que tiende a que el paciente se haga cargo de sus problemas.

Esta diferencia conceptual, por otra parte, está avalada por los hechos: la experiencia muestra que puede aclararse una situación de campo sin que surja el insight y que, muchas veces, la comprensión no es simultánea en el analista y el paciente. Coincido en este punto con Liberman (1971), cuando dice que el insight puede darse en el analista fuera de la sesión.¹³

Según los Baranger la fantasía del campo es por partida doble, participan paciente y analista. Para defender esta posición se esgrime a veces el argumento de la terapia de grupo, donde la fantasía (o el sueño) que aparece en uno de los miembros es realmente grupal; pero hay una diferencia, en el grupo participan todos los miembros con aportes concretos. El análisis empero es una situación radicalmente asimétrica. Justamente por eso podemos alcanzar los deseos o fantasías del paciente y operar *per via di levare*: lo que nosotros damos es el marco adecuado para que el analizado se exprese, nunca elementos de nosotros mismos. La idea de una fantasía compartida, de una fantasía de campo, es sin duda aplicable a la teoría de la psicología compleja, porque los psicólogos jungianos creen que el analista debe comunicar al paciente sus ocurrencias y sus sueños. Entonces sí se configura una fantasía de campo; pero nuestro método no se basa en ese tipo de recaudos. Como dice Grande (1978), el campo es lo que el paciente engasta en nosotros; y, teóricamente, el mejor analista será en este punto el que posea la estructura de óptima maleabilidad donde el campo sea esculpido, si fuera posible, ciento por ciento por el enfermo. Que nunca se alcance ese ideal no altera nuestros presupuestos teóricos ni debe modificar nuestra técnica.

¹³ *Intuística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, vol. 1, esp. cap. II, investigación durante las sesiones con el paciente y las sesiones como objeto de investigación.

8. El insight del analista: un ejemplo clínico

Me acuerdo de una paciente que durante un tiempo bastante largo me contaba sueños muy interesantes, que yo interpretaba con verdadero placer y «acierto» sin que el proceso adelantara. Entonces soñé que tenía una relación anal con ella. Esto me provocó una dolorosa sorpresa y una fuerte depresión, pero me llevó a comprender lo que me estaba pasando. Pocos días después, la paciente soñó que se acostaba en el diván boca abajo y movía su trasero en forma excitante. Contó el sueño sin mayor angustia y con un tono casi divertido; le parecía raro y le gustaría saber cómo iba yo a interpretarlo. Con estas asociaciones, y a partir del insight que yo había tenido sobre mi contratrásferencia, le interpreté que el sueño que ella me estaba contando era concretamente su trasero; a ella le interesaba excitarme con el relato de su sueño más que indagar lo que significaba.

En este caso, como en muchos otros, el momento de insight en la contratrásferencia precedió a la posibilidad de interpretar. Reconozco que es un caso extremo, pero por eso mismo ilustrativo. No cabe duda de que en esa ocasión di más pasos que los habituales en el conflicto contratrásferencial, y así surgió el sueño. Si hubiera captado antes mi conflicto y lo hubiera utilizado para comprender a mi paciente, hubiera podido decirle mucho antes el sentido que tenía para ella contarme sus «hermosos» sueños. Tal vez eso hubiera sido suficiente, con lo que habría evitado tener que soñarlo y sufrir el choque emocional que eso me significó. Ni qué decir tiene que la analizada resistió en principio mi interpretación; pero después, en otro contexto, lo confirmó, señalando que tenía la idea de que su voz era para mí muy agradable. Sólo en ese momento tuvo *ella* insight de la situación.

Este ejemplo sirve para diferenciar dos órdenes de fenómenos, la comprensión y el insight. Para lograr que el paciente alcance el insight, el analista tiene que partir de un proceso de insight en sí mismo, que siempre monta tanto como resolver un conflicto de contratrásferencia.

En resumen, entendemos por insight un tipo especial de conocimiento, nuevo, claro y distinto, que ilumina de pronto la conciencia y se refiere siempre a la persona misma que lo experimenta. Es un término teórico del psicoanálisis que pertenece a la psicología procesal, no a la personalística, en cuanto señala el proceso mental de hacer consciente lo inconsciente, que fue siempre para Freud la clave operativa de su método,

50. Insight y elaboración

1. El insight como conocimiento

Acabamos de definir al insight como un tipo especial de conocimiento que reúne entre sus características la de ser nuevo e intrasferible. Digamos ahora que, como todo conocimiento, el insight implica una relación entre dos términos o miembros que puede ser de diversa naturaleza. A veces se trata de la aprehensión de un tipo especial de vínculo, esto es, cómo están relacionados dos términos en una explicación causal, la forma en que se relaciona, por ejemplo, la ingesta de alcohol con la ebriedad. También puede tratarse de una relación instrumental entre medios y fines, como la conducta apetitiva de un ave y el hallazgo de alimentos. Otras veces, por fin, la relación es entre el símbolo y lo simbolizado, entre significante y significado. En cada uno de estos casos, el sujeto capta de pronto una relación que hasta entonces no le había sido inteligible y que cambia el significado de su experiencia.

Siempre me ha parecido que, en este sentido, el insight ocupa un lugar polar con la *experiencia delirante primaria*. Jaspers (1913) definió la experiencia delirante primaria como una *nueva conexión de significado* que se impone de pronto al paciente y es para el observador ininteligible, imposible de empatía. Nosotros, desde luego, podemos aceptar la definición fenomenológica de Jaspers, aunque como psicoanalistas tengamos empatía con los elementos inconcientes que llevan a esa nueva relación de significado. A mí me lo enseñó un paciente que vi hace muchos años en Mendoza, con un delirio paranoico. El había ido a cazar a San Rafael, al sur de la provincia, con un amigo, los dos en una camioneta. De pronto el amigo accionó la palanca de cambios y le tocó la pierna; «y en ese momento —dijo el enfermo— sentí una rara excitación y me di cuenta de que mi amigo era el amante de mi mujer». Desde el punto de vista fenomenológico esta nueva conexión de significado puede dejarlo sin empatía al gran Jaspers; pero no al más modesto de los discípulos de Freud. Yo comprendí en ese momento los mecanismos proyectivos de mi paciente y me sentí realmente tocado por aquella demostración como de laboratorio.

Lo que yo quiero decir es que el insight es un fenómeno de la misma categoría que la vivencia delirante primaria, sólo que se ubica en el otro extremo de la escala. En el insight, la nueva conexión de significado sirve justamente para aprehender una realidad a la que no se había podido tener acceso hasta ese momento. Si mi paciente de Mendoza se hubiera dicho: «Entonces quiere decir que mi amistad con Fulano tiene un con-

ponente erótico, quiere decir que yo tengo algún tipo de sentimiento homosexual hacia él, como lo prueba el hecho de que cuando me tocó la pierna en la camioneta yo sentí un estremecimiento», aquel hombre habría tenido un momento de insight en lugar de la vivencia delirante primaria que puso en marcha su irreversible delirio celotípico.

Como la vivencia delirante primaria, el insight es una nueva conexión de significado que modifica la idea que el sujeto tenía de sí mismo y de la realidad. Es difícil establecer en qué consiste la diferencia entre los dos fenómenos, pero digamos provisionalmente que la vivencia delirante primaria *construye* una teoría y el insight la *destruye*; pero esto es sólo una aproximación a la que tendremos que volver más adelante.

Para cerrar este párrafo deseo recordar que, en varias oportunidades, Freud estableció una relación entre sus teorías y el delirio; baste recordar lo escrito al final de su trabajo sobre Schreber (1911c): «Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera, o el delirio, más verdad de lo que otros hallan hoy creíble» (AE, 12, pág. 72).

2. El insight dinámico

A partir de estas ideas generales veremos ahora cómo se clasifica el insight, porque de ahí van a surgir esclarecimientos importantes. La clasificación más típica, la que se encuentra en todas partes, es la que divide al insight en *intelectual* y *emocional*. Zilboorg (1950), por ejemplo, la adopta; y además subraya enérgicamente que el verdadero insight es el emocional, lo que, como veremos, puede cuestionarse.

En la segunda mitad de nuestro siglo, por diversos motivos que no es ahora el momento de ponderar, el estudio del insight adquirió un gran relieve. Este proceso, como ya dijimos, culmina en el Congreso de Edimburgo y sigue desde entonces sin declinar. Hay en aquellos años toda una serie de estudios importantes. A partir de Zilboorg tenemos primero el trabajo de Reid y Finesinger (1952), después el de Richfield (1954) y, con el intervalo de otros dos años, el de Kris (1956a).

Reid y Finesinger, que se juntaron en Maryland para realizar una investigación interesante, criticaron la clasificación de insight intelectual y emocional con argumentos que conviene recordar. La clasificación falla por la base porque, de hecho, el concepto mismo de insight implica proceso cognitivo, proceso intelectual. De modo que todo insight es esencialmente intelectual y no puede haber insight que no lo sea. Hay una diferencia, sin embargo, y estos autores la encuentran en la relación del insight con la emoción: hay veces que la emoción no es sustancial, no va más allá del componente afectivo de todo proceso intelectual; otras veces, en cambio, el insight está vinculado estrechamente a la emoción y en dos formas que se podrían llamar de entrada o de salida, como contenido o consecuencia. La primera de estas posibilidades es poco significativa, el insight se refiere a una emoción, su *contenido* es una emoción, uno de los

términos de esa relación que se capta en el momento de insight es una emoción. Si en un momento dado el paciente se hace cargo de que siente odio por el padre, en su insight la emoción aparece como contenido. Esta clase es poco significativa, porque con el mismo criterio se podría decir que un insight es infantil cuando se refiere a algo que pasó en la infancia. Es un error semejante al de clasificar los delirios por su contenido y no por su estructura. Otra cosa es, en cambio, que el insight obtenido *vehiculice* determinadas emociones, las ponga en marcha, las libere. El insight, en este caso, consiste en que el sujeto se haga cargo de un hecho psicológico que le provoca una respuesta emocional.

Luego de haber esclarecido de esta manera la doble relación entre el insight y el afecto, Reid y Finesinger proponen llamar a ambos insight *emocional*, contraponiéndolos al insight intelectual al que denominan *neutro* para evitar el pleonasmo de llamar intelectual a un proceso que por definición siempre lo es.

Preocupados como están por el papel del insight en psicoterapia, Reid y Finesinger dicen que ninguno de estos dos tipos de insight, neutro o emocional, da cuenta del problema principal: por qué en algunas circunstancias el insight es operante y en otras no. Proponen entonces un tercer tipo, que llaman insight *dinámico*, y que tiene que ver con la teoría de la represión: en el momento que se levanta una represión el insight es dinámico, el único realmente eficaz.

Podemos resumir, ahora, en un simple cuadro sinóptico la investigación de la Universidad de Maryland:

Insight	neutro	{	la emoción como contenido
	emocional		
	dinámico		la emoción como resultado

Como indica su nombre, el insight dinámico se constituye cuando un conocimiento penetra la barrera de la represión en el sentido más estrictamente freudiano y hace que el yo se haga cargo de un deseo hasta entonces inconsciente (1952, pág. 731).

3. Insight descriptivo y ostensivo

Cuando Richfield retoma el tema dos años después hace una crítica valerosa al trabajo recién comentado. Hay una petición de principio en la clasificación de Reid y Finesinger, ya que vamos a llamar insight *dinámico* al que promueve un cambio y, si no lo logra, diremos retroactivamente que ese insight fue solamente neutro o emocional. Esto crea un círculo vicioso. Coincido con esta crítica de Richfield; y agregaría que la idea de que el insight sea efectivo no pertenece propiamente a nuestro tema, sino

más bien al de factores curativos, que no es lo mismo. En este capítulo no me propongo, en principio, dilucidar por qué el insight es operativo (o curativo), sino deslindar sus clases, todo lo cual quizá después va a permitir formular más firmemente una teoría de la curación.

La clasificación de Reid y Finesinger puede objetarse también en otra forma, y es que de los dos tipos de insight emocional que se mencionan, el segundo, el que moviliza una emoción, siempre es dinámico; porque solamente cuando se levanta la represión surge la emoción hasta entonces reprimida. De modo que, de hecho, no hay tres tipos de insight como pretenden los de Maryland, sino dos. En otras palabras, el insight que ellos llaman emocional es siempre o neutro o dinámico.

Para evitar el riesgo de caer en un razonamiento circular pero siguiendo de cerca las precisiones de Reid y Finesinger, Richfield propone una nueva clasificación del insight, que es, yo creo, la mejor.

Richfield parte de la teoría de las definiciones de Bertrand Russell, cuando afirma que las hay de dos tipos, de palabra a palabra y de palabra a cosa. A veces nosotros definimos algo con palabras, con otras palabras, y esas son las definiciones *verbales*. Si sólo tuviéramos definiciones de palabra a palabra, sin embargo, estaríamos navegando en un mar de abstracciones. Tenemos que tener también definiciones donde haya correlación entre la palabra y la cosa. A estas se les llama *ostensivas*, porque se hacen mostrando, señalando con el dedo. El ciego no puede alcanzar una definición ostensiva del color, y va a tener allí siempre una radical deficiencia. No importa que él sepa mejor que yo cuáles son las unidades Armstrong del espectro de cada color, ni que sepa cómo empleó el azul Picasso o el amarillo van Gogh; él podrá saber mucho de todo esto, pero si yo le digo: ¿qué es el amarillo?, no podrá nunca decirme ante un cuadro de van Gogh *esto* es amarillo, porque obviamente carece de la posibilidad de una definición ostensiva.¹

Hay, pues, dos tipos de definiciones y, por consiguiente, de conocimiento. Con las definiciones verbales obtenemos un conocimiento *por descripción*, siempre indirecto; las definiciones ostensivas, en cambio, nos dan un conocimiento directo, *por familiaridad*.

Aplicando estos conceptos al insight, diremos que cuando se describen y comprenden con palabras los fenómenos psicológicos inconcientes hay *insight descriptivo*, o verbal, que va de palabra a palabra. Pero hay, también, un *insight ostensivo* en el cual la persona que lo asume se siente de pronto en contacto directo con una determinada situación psicológica. Esto es tan cierto que, muchas veces, cuando nosotros interpretamos pensando que estamos transmitiendo realmente un conocimiento ostensivo, le decimos al paciente: Ve, ahí lo tiene, eso es lo que yo le estaba diciendo, o algo así. Y muchas veces hacemos el gesto con el dedo de nuestro sillón.

Estos dos tipos de definición (y de conocimiento) que vienen de Rus-

¹ Para una discusión a fondo de este tema, véase el cap. I, «Meaning and definition» de John Hospers (1951).

sell y aceptan todos los filósofos analíticos de nuestro tiempo, son absolutamente necesarios. Cuando se aplican al insight sancionan una diferencia muy clara, pero no ya una supremacía, porque estos dos tipos de conocimiento no se excluyen: hay que conocer las cosas palabra a palabra y también ostensivamente.

4. El concepto de elaboración

Los dos tipos de insight de Richfield, descriptivo y ostensivo, nos van a servir dentro de un momento para proponer una explicación que articula el insight y la elaboración; pero por ahora nuestra intención es más directa, ver qué se entiende por elaboración.

Como todos sabemos, Freud introdujo el concepto de *elaboración* (*Durcharbeiten*) en un ensayo de 1914 titulado justamente «Recordar, repetir y reelaborar». A partir de un ejemplo, Freud dice allí, en los párrafos finales de su artículo, que muchas veces lo consultan analistas que se lamentan «de haber expuesto al enfermo su resistencia, a pesar de lo cual nada había cambiado o, peor, la resistencia había cobrado más fuerza y toda la situación se había vuelto aún menos transparente» (*AE*, 12, págs. 156-7). Freud responde que hay que darle al paciente tiempo para *elaborar* su resistencia, continuando el tratamiento de acuerdo con las reglas del arte hasta que llegue el momento en que esa pulsión, que se le había señalado y que él intelectualmente aceptó, se imponga en su conciencia. De acuerdo a su definición originaria, pues, la elaboración consiste en movilizar las resistencias para que un conocimiento intelectual se recubra del afecto que le pertenece. El analista didáctico puede decirle a su candidato que tiene rivalidad con sus compañeros de seminario en cuanto hermanos, y él responder que sí, que en realidad es así; pero de ahí al momento en que realmente siente la pulsión hostil y se la puede remitir al conflicto infantil con el recién nacido hay un largo trayecto, el camino lleno de obstáculos de la elaboración.

El lector recordará, sin duda, cuando Freud le dice al «Hombre de las Rutas» en la sexta sesión del análisis que sus deseos de que el padre muriera provienen de su infancia, etcétera. En la nota 18 al pie de la página 144 (*AE*, 10) Freud dice que sus afirmaciones no tienen por objeto convencer al enfermo sino trasladar a su conciencia los complejos inconcientes para que surja nuevo material reprimido.² A través del proceso de elaboración estas *representaciones de espera* (*Erwartungsvorstellungen*) como Freud alguna vez las llamó, llevan la convicción al paciente. Aunque ya

² «Producir convencimiento nunca es el propósito de tales discusiones. Sólo están destinadas a introducir en la conciencia los complejos reprimidos, a avivar la lucha en torno de ellos sobre el terreno de la actividad anímica inconciente y a facilitar la emergencia de material nuevo desde lo inconciente. El convencimiento sólo sobreviene después que el enfermo ha reelaborado el material readquirido, y mientras sea oscilante corresponde considerar que el material no ha sido agotado».

recurrir a ese un tanto artificioso expediente técnico, de todos modos, cuando hacemos la primera interpretación de un tema importante, no esperamos que el analizado responda con un momento de insight emocional, es decir con pleno afecto. Hasta estaría mal que pensáramos así: sería muy fácil y aburrido el psicoanálisis. Desde nuestra primera interpretación hasta que el paciente reconozca dentro de sí el impulso pasa un largo tiempo. Como le dijo a Fenichel un analizado que había podido tomar contacto con sus deseos edípicos: yo sabía que el psicoanálisis era cierto, pero nunca pensé que fuera *tan* cierto.

Cuando cierra su hermoso ensayo de 1914, Freud dice que la elaboración es la heredera de la abreacción del método catártico. En realidad es así, ya que en el marco teórico del método catártico la elaboración no es concebible. La terapia catártica supone que un determinado recuerdo fuertemente cargado de afecto ha quedado excluido del tránsito normal de la conciencia. Este recuerdo es algo así como una hernia psíquica; y en el momento que nosotros lo alcanzamos, lo debridamos, sobreviene una descarga de afecto y pasa a ser manejado como todos los otros recuerdos que no quedaron segregados del tránsito de la conciencia, sufriendo allí la inexorable usura del tiempo. Cuando a partir de la teoría de la resistencia se abandona el método catártico, el concepto de abreacción no es ya más operable.

Algunos autores piensan que entre abreacción y elaboración hay sólo diferencias de grado y que los momentos de elaboración, en cuanto sumatoria, vienen a representar la descarga total del afecto del método catártico. Yo no creo en absoluto que sea así, y no lo creo justamente porque el concepto ha cambiado. Es que entre el método catártico y el psicoanálisis hay una diferencia esencial, un cambio de paradigma, diría Kuhn (1962).³

5. Relaciones entre insight y elaboración

La idea de que la finalidad del psicoanálisis es darle al paciente un especial conocimiento de sí mismo ha sido permanente desde los comienzos del método y antes aún, desde la catarsis. La palabra insight condensa ese proyecto de conocimiento, y ahora nos toca estudiar la metapsicología del proceso que culmina en ese singular momento del insight, lo que nos conducirá rectamente al magno problema de la elaboración.

La relación del insight con la elaboración queda de hecho planteada en el momento en que Freud (1914g) introduce el segundo de estos conceptos. En aquel trabajo Freud describía la elaboración como el intervalo que va desde que el paciente toma conocimiento de algo que le dice el analista hasta que, venciendo sus resistencias, lo acepta con convicción.

³ Discutimos este punto con más detalle en el cap. 33, parág. 8, al hablar de interpretación mutativa y abreacción.

Yo creo que en esta descripción están implícitos los conceptos de insight descriptivo (lo que el analista dice) y ostensivo (lo que resulta del trabajo sobre las resistencias), aunque Freud, desde luego, no lo diga en estos términos. Lo que en 1914 Freud llama *elaboración* no es pues otra cosa que ese empujado repecho que el analizado debe recorrer desde el insight descriptivo hasta el insight ostensivo.

Es en este punto, justamente, donde se puede articular la investigación de Strachey (1934). Si lo consideramos desde esta perspectiva, el segundo paso de la interpretación mutativa configura un momento de insight ostensivo en que el analizado toma contacto directamente, no a través de palabras, con la pulsión y con su destinatario original. Por esto decía yo que la interpretación mutativa contiene la mejor teoría explicativa de cómo se logra el insight a través de la interpretación, y también el mejor ejemplo de lo que se llama insight ostensivo. Desde este punto de vista se puede afirmar que, por definición, sólo la interpretación trasfereñal puede promover un conocimiento directo, ostensivo.

Repito, entonces, que el proceso de elaboración que Freud describe en el trabajo de 1914 conduce del insight intelectual, verbal o descriptivo, al insight ostensivo, que ahora sí podemos decir que es también siempre emocional. Porque cuando yo me hago cargo de mi pulsión, de mi deseo, siento el afecto consiguiente, y esto en el doble sentido de Reid y Finesinger: revivo la emoción y asumo a la vez los sentimientos que ineludiblemente despierta esa toma de conciencia, sentimientos que, más allá de la emoción como contenido, surgen del insight como promotor de un estado de conciencia.⁴

6. La otra fase de la elaboración

El movimiento que lleva del insight descriptivo al ostensivo, el que describió Freud en 1914 al introducir el concepto de elaboración, es sólo la primera parte de un ciclo. La elaboración tiene, a mi entender, una segunda fase que ahora vamos a estudiar y en donde estriba su diferencia radical con la abreacción.

En lo que hemos descripto hace un momento como la primera fase del proceso de elaboración, se marcha del insight descriptivo al ostensivo: a través del lento trabajo sobre las resistencias procuramos remitir las palabras a los hechos. A partir del momento crítico en que surge el insight tomamos el camino contrario tratando de dar significado a nuestros afectos, poniendo nuestras emociones en palabras. Esta es una instancia de la elaboración en que los hechos se vuelcan en palabras, en que *pienso* mis emociones; me doy cuenta de su alcance y de sus consecuencias. Por algo dijo el poeta que «las mejores emociones son los grandes pensamientos».

⁴ Dentro de la teoría kleiniana, como veremos más adelante, estos sentimientos se ligan a la posición depresiva infantil.

El momento del insight ostensivo es sin duda fundamental; pero, para que perdure, debe trasegarse cuidadosamente en palabras. Me atrevería a decir que si este proceso no se cumple, el insight ostensivo, por muy emocional y auténtico que sea, queda como un proceso abreactivo que no lleva a la integración.

El momento del insight ostensivo tiene que ver con el proceso primario, con la vivencia. A partir de allí, esa vivencia empieza a recubrirse de palabras. La vivencia es por cierto fundamental, si no está todo lo demás no es válido; pero por sí sola no basta, es necesario integrarla al yo y al proceso secundario, recubrirla de palabras y ver qué consecuencias se siguen de ella.

Con esto espero haber aclarado en algo la relación del insight con la elaboración, al mostrarlos como dos fenómenos indisolublemente ligados y, lo que es más importante, procurando precisar el vínculo entre ambos, que es complejo, que es doble, de ida y vuelta. Hay, pues, un proceso continuo de elaboración con pequeñas o grandes crisis que se pueden llamar insight. El nombre es arbitrario porque dónde termina la elaboración y empieza el insight es una cuestión de gusto, de definición. La elaboración es un proceso diacrónico, un proceso que tiene una duración en el tiempo, una magnitud que recorre la abscisa. El insight, en cambio, es un punto que corta verticalmente como la ordenada; es sincrónico.

Si uno espera y espera hasta dar con la interpretación precisa y acertada, lo que obtiene es una crisis, como cuando Freud le dice a Elisabeth von R., que ella quería que se muriese su hermana para casarse con su cuñado. Hay ahí un momento de insight típico y crítico (*AE*, 2, pág. 171). Con la técnica actual, nosotros tratamos de evitar que esas crisis sean muy pronunciadas, a través de una tarea más asidua, que pone al analizado a cubierto de una ansiedad excesiva (y a nosotros de su excesiva envidia) y que hace al proceso más suave. Sin embargo, y a pesar de que la marcha del análisis pueda hacerse menos áspera, siempre habrá estas dos situaciones, sincrónica y diacrónica, que definen respectivamente el insight y la elaboración.

En resumen, apoyado en que existen dos tipos de insight, he podido establecer una relación de doble vía entre el insight y la elaboración que permite ver a ambos conceptos con más claridad, sin rehuir las complejidades de su sutil articulación.

Podemos fundamentar ahora más convincentemente lo que dijimos en el apartado 4, en cuanto a la esencial diferencia entre la abreacción y la elaboración. A diferencia del método catártico, el psicoanálisis no depende de la descarga de un cuanto de excitación, sino del cambio dinámico y estructural que va de las palabras a los hechos, es decir del insight descriptivo al ostensivo; y, lo que es más importante en este punto, del insight ostensivo al descriptivo. Este último paso es para mí decisivo para comprender en dónde falla la teoría catártica y también las teorías neocatárticas que se han venido desarrollando a partir de Ferenczi (1919b, etc.). Las técnicas abreactivas fallan porque, una vez que se hace la descarga de

afecto, queda en el sujeto una tendencia a reiterarla, sin haber asimilado el proceso que la provocó. Y este proceso digo yo que está vinculado a un nuevo momento de elaboración, que va (o vuelve) del insight ostensivo al insight descriptivo.

Así se resuelve la divergencia que surge cuando se trata de ubicar el insight respecto de la elaboración. Algunos autores dicen que el insight es primero y pone en marcha la elaboración; otros, que primero debe desarrollarse el proceso de elaboración, a cuyo término cristaliza el insight.

Hemos caracterizado la posición del Freud de 1914 (creo que con buenos argumentos) como sosteniendo el primer punto de vista. La mayoría de los autores que estudiaron el tema, como Klein (1950), Lewin (1950), Kris (1956 *a* y *b*) y Phyllis Greenacre (1956) se alinean en esta posición. Greenson (1965*b*), en cambio, abraza decididamente la segunda, que parece ser la del mismo Freud después de 1920.

Para Greenson el análisis tiene dos momentos, antes y después del insight, y sólo a este último corresponde llamarle elaboración. Veamos cómo se expresó el analista de Los Ángeles: «No consideramos como elaboración el trabajo analítico antes de que el paciente tenga insight, sólo después. La meta de la elaboración es hacer al insight efectivo, esto es, promover cambios significativos y duraderos en el paciente. Al hacer del insight el pivote, podemos distinguir entre las resistencias que impiden el insight y las que le impiden al insight promover cambios. El trabajo analítico sobre el primer tipo de resistencias es el trabajo analítico propiamente dicho, no tiene una designación especial» (trad. personal).⁵

Como creo haber mostrado, este problema no está bien formulado, ya que no tiene en cuenta que hay *dos* tipos de insight y no uno, así como también dos fases en el ciclo elaborativo.

7. Dos conceptos de elaboración

Hasta ahora hemos operado con el concepto de elaboración que Freud introdujo en 1914 y que tiene que ver con la resistencia en términos de la teoría de los dos principios. Como todos sabemos, sin embargo, este concepto cambió radicalmente después que *Más allá del principio de placer* (1920*g*) introdujo la hipótesis de un instinto de muerte. Cuando culmina la teoría estructural en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), Freud diagrama una nueva versión de la resistencia con cinco tipos, uno de los cuales es la *resistencia del ello*.

⁵ «We do not regard the analytic work as working through before the patient has insight, only after. It is the goal of working through to make insight effective, i.e., to make significant and lasting changes in the patient. By making insight the pivotal issue we can distinguish between those resistances which prevent insight and those resistances which prevent insight from leading the change. The analytic work on the first set of resistances is the analytic work proper; it has no special designation» (Greenson, 1965*b*, pág. 282). De esta forma, Greenson se acerca al concepto de elaboración de Freud en 1926.

El concepto de elaboración que surge en 1914 como el necesario para dialéctico de la compulsión a la repetición, en 1926 viene a cumplir con la finalidad de oponerse al instinto de muerte.

En un breve trabajo que escribí en 1982 en colaboración con Ricardo J. Barutta, Luis H. Bonfanti, Alfredo J. A. Gazzano, Fernán de Santa Coloma, Guillermo H. Seiguer y Rosa Sloin de Berenstein, «Sobre dos niveles en el proceso de elaboración», señalamos los riesgos de no puntualizar claramente las diferencias entre estos dos conceptos de elaboración.

La concepción de Freud de 1914 asienta en que las leyes del principio del placer provocan una compulsión a repetir que configura el campo de la transferencia. El concepto de neurosis de transferencia se liga desde su nacimiento a la compulsión a la repetición, cuya contrapartida es la elaboración. La elaboración es el instrumento terapéutico que «a partir de profundizar en las resistencias (aquí del yo), termina por hacer conscientes y por resolver los impulsos que las generan» (*ibid.*, pág. 2).

Cuando Freud retoma el concepto de elaboración doce años después, luego del cambio teórico producido en el intervalo, «la compulsión de repetición se ha erigido en principio explicativo y, por su conexión con la pulsión de muerte, se ha transformado de consecuencia en *causa* del conflicto» (*ibid.*, pág. 3). El concepto de elaboración se adscribe a la lucha contra las resistencias del ello. La elaboración cambia al compás del concepto de repetición y queda ahora más allá del principio del placer.

Como señala el trabajo que estoy comentando, la consecuencia más significativa de este cambio teórico es que Freud tiene que separar represión de resistencia y adscribir al yo una actitud teleológica en cuanto a resignar sus resistencias: «Hacemos la experiencia de que el yo sigue hallando dificultades para deshacer las represiones aun después que se formó el designio de resignar sus resistencias, y llamamos “reelaboración” (*Durcharbeiten*) a la fase de trabajoso empeño que sigue a ese loable designio» (*AE*, 20, pág. 149). Siguiendo esta dicotomía, Meltzer dirá en el capítulo VIII de *The psycho-analytical process* (1967) que la función de decidir el abandono de las resistencias corresponde al insight y al compromiso de responsabilidad que asienta en la parte adulta de la personalidad, al par que terminar con las represiones corresponde al cambio operado en los niveles infantiles de la personalidad.

Volviendo a Freud, es evidente que el designio de resignar las resistencias pertenece al yo, y cabría afirmar que al yo consciente, mientras que el proceso de elaboración tiene que ver con el ello. Que la decisión de abandonar las resistencias nos remite al yo consciente parece desprenderse de la forma en que Freud se expresa: «Hacemos consciente la resistencia toda vez que, como es tan frecuente que ocurra, ella misma es inconsciente a raíz de su nexa con lo reprimido; si ha devenido consciente, o después que lo ha hecho, le contraponemos argumentos lógicos, y prometemos al yo ventajas y premios si abandona la resistencia» (*ibid.*, pág. 149). Este texto sugiere fuertemente que hay que recurrir a maniobras psicoterapéuticas para ganarnos la colaboración del yo, mientras el conflicto y su elaboración quedan localizados en el ello.

La conclusión que surge de este estudio es que si replegamos el proceso de elaboración al área del ello tenemos que modificar al yo con argumentos racionales que no son otra cosa que psicoterapia y más precisamente psicoterapia existencial.

8. El insight y la posición depresiva infantil

Casi todos los autores coinciden en comparar la elaboración con el proceso de duelo. Esta idea es nítida en Fenichel (1941), pero puede encontrarse, tal vez, en trabajos anteriores y la recogen después otros como Bertrand D. Lewin, Ernest Kris, Phyllis Greenacre y Ralph R. Greenson. Todos ellos piensan que la elaboración se cumple, como el duelo, a través de un proceso, de un *trabajo*. Esto también lo acepta Klein, que va más lejos, sosteniendo que el insight mismo supone un momento de duelo.

Los trabajos de Klein sobre la posición depresiva infantil (1935, 1940) describen un momento para ella fundante del desarrollo: el niño reconoce un objeto total en el que convergen lo bueno y lo malo, hasta entonces separados por los mecanismos esquizoides. Este proceso de síntesis del objeto tiene su correlato en la integración del yo, que soporta vivos sentimientos de dolor al hacerse cargo de que sus impulsos agresivos se dirijan en realidad a su objeto de amor. Con una gran angustia (depresiva) por el destino del objeto amado, el yo toma así contacto con su odio y sus impulsos agresivos. Dentro de este marco teórico, el insight queda definido como la capacidad de aceptar la realidad psíquica, con sus impulsos de amor y de odio dirigidos hacia un mismo objeto.

Como Freud (1917e) y Abraham (1924b), Klein (1950) piensa que el duelo es consecutivo a la pérdida del objeto; pero esta pérdida no es sólo la consecuencia del comportamiento del objeto externo sino también de la ambivalencia del sujeto frente al objeto interno que representa los objetos primarios.⁶ El reconocimiento de que el objeto bueno interno ha sido (o puede ser) atacado y destruido pone en marcha el proceso de duelo, con su cortejo de angustias depresivas y sentimientos de culpa, que a su vez despiertan la tendencia a la reparación, la cual lleva en su entraña la esperanza.

Para Klein, pues, el insight resulta de la introyección del objeto y de la integración del yo que caracterizan la posición depresiva. Como dice en su trabajo sobre la terminación del análisis recién citado, el dolor depresivo es la condición necesaria del insight de la realidad psíquica que, a su turno, contribuye a una mejor comprensión del mundo externo.⁷ En cuanto el insight cambia la actitud del individuo frente al objeto, aumenta su amor y responsabilidad. Meneghini (1976) advierte que

⁶ *Writings*, vol. 3, pág. 44.

⁷ *Ibid.*

muchas de las ideas de Klein sobre la relación entre insight, elaboración y duelo pueden rastrearse hasta su primer trabajo, «The development of a child» (1921), donde siguiendo a Ferenczi describe la lucha entre el sentimiento de omnipotencia y el principio de realidad.

En su ya clásico trabajo al Congreso de Edimburgo, Hanna Segal (1962) destaca firmemente el papel del insight en el proceso psicoanalítico. También para ella el insight cuaja en la situación de duelo que sobreviene cuando se corrigen los mecanismos de identificación proyectiva y de disociación que operan en la posición esquizoparanoide.

El insight, que para Segal consiste en adquirir conocimientos sobre el propio inconciente, opera terapéuticamente por dos motivos: 1) porque produce el proceso de integración de las partes escindidas del yo y 2) porque trueca la omnipotencia en conocimiento. Para esta autora, el insight no sólo es conocimiento de las partes del self (que se habían perdido por identificación proyectiva) sino también incorporación de las experiencias pasadas, lo que refuerza el sentimiento de identidad y el poder del yo.

Al recuperar a través del insight las partes perdidas de su self y las experiencias olvidadas y/o distorsionadas, el individuo puede reestructurar y fortalecer su yo, confiar en los objetos buenos que pueden ayudarlo y disminuir su omnipotencia y omnisciencia.

9. El insight y las líneas de desarrollo

Siguiendo el concepto de *líneas del desarrollo* de Anna Freud (1963), algunos de sus discípulos como Clifford Yorke, Hansi Kennedy y Stanley Wiseberg han estudiado el insight en función del crecimiento de la mente infantil.

Los analistas de la Hampstead Clinic establecen una diferencia clara entre el insight propiamente dicho, la autoobservación (*self-observation*) y los estadios todavía más primitivos que registra la maduración del aparato mental. La autoobservación, por de pronto, es un requisito para el insight pero no siempre conduce a él. La autoobservación puede quedar al servicio de la gratificación del ello, como de la severa crítica del superyó y aun de los mecanismos de defensa, sancionando una disociación patológica en el yo.

Dentro de esta escuela de pensamiento, se comprende que el bebé, sometido a los vaivenes más inmediatos del proceso primario, no puede tener insight. De acuerdo con el reinado del principio de placer, la forma más primitiva de discriminación experiencial debe consistir en una rotunda alternativa entre lo placiente y lo no placentero.⁸ De la inevitable interacción de los impulsos del niño y las limitaciones de la realidad, y al compás de las pautas constitucionales de maduración del yo, se van de-

⁸ Como vimos en el párrafo anterior, Klein data el desarrollo del infante mucho antes y no se muestra muy dispuesta a reconocer etapas en la adquisición del insight.

pués organizando el mundo de las representaciones, para comenzar a establecerse los límites entre el yo y el no-yo. De esta forma logra el niño una primera clasificación de sus experiencias, altamente subjetiva por cierto, donde las vivencias placenteras se adscriben al yo, y al no-yo las otras. Tal vez en este momento estamos ante una forma muy primitiva de autoobservación, aunque todavía carece el niño de ese ojo interno que hace la autoobservación posible. Este tipo de funcionamiento abarca toda la etapa preverbal, mientras que la gradual adquisición del lenguaje acelera notablemente el desarrollo cognitivo. Es en este momento que el niño adquiere un grado suficiente de estructura en su aparato mental como para ser capaz de ejercitar una rudimentaria capacidad de autoobservación que lo hace accesible a la experiencia del tratamiento psicoanalítico, aunque todavía esté lejos de un logro pleno de constancia objetiva, que requiere el reconocimiento de que el objeto tiene sus propias necesidades y deseos. Siguiendo a Rees (1978), Hansi Kennedy afirma: «Hasta los seis o siete años, el niño es egocéntrico desde el punto de vista cognoscitivo y su comprensión de los demás se limita a experiencias subjetivas» (*Psicoanálisis*, vol. 4, pág. 49). Si se tiene en cuenta que el insight depende de la función integradora del yo, como sostiene Kris (1956a), entonces hay que concluir que el niño de la primera infancia y el período de latencia está muy lejos todavía de utilizar la experiencia del insight como lo hace el adulto. Durante la primera infancia la capacidad de autoobservación del niño es escasa y proviene de la internalización de las demandas parentales, de su aprobación. Esta capacidad de autoobservación se va afianzando gradualmente, si bien va siempre de la mano con la tendencia del niño a «externalizar» sus conflictos. Por lo demás, es raro encontrar en un niño de menos de cinco años un verdadero insight sobre la forma en que el pasado afecta la experiencia actual.

En el período de latencia el niño tiene de hecho capacidad para el insight por cuanto el superyó ya está formado y los conflictos se internalizaron. En este momento del desarrollo la represión y otros mecanismos de defensa operan para contener los derivados instintivos inaceptables. En este período, pues, la autoobservación y la reflexión están aseguradas; pero, de todos modos, el niño lucha contra el insight y tiende a alejarse de su mundo interno externalizando sus conflictos. El niño atribuye sus problemas a causas externas y busca solucionarlos también en el mundo exterior y no a través de la comprensión.

El adolescente, en cambio, es por definición muy introspectivo y reflexivo, pero la intensidad de sus deseos sexuales y agresivos lo aterrojan, de modo que lucha enérgicamente con el reconocimiento de sus conflictos internos y su reaparición en el presente.

Sólo en el adulto la autoobservación se consagra como una función autónoma, con lo que se logra un grado óptimo de autoobservación objetiva y, con ello, un deseo de conocerse a sí mismo.⁹

⁹ Reproduzco los conceptos vertidos por Clifford Yorke en el Seminario de Técnica Psicoanalítica de la Asociación de Buenos Aires en 1982.

En resumen, los niños de *primera infancia* tienen una limitada capacidad de autoobservación que lleva a percibir los propios deseos y sentimientos y a reconocer dificultades, que son justamente la marca de un insight objetivo. Durante la *latencia* el niño dispone de los instrumentos para el insight, pero la capacidad de colaborar con el analista fluctuará intensamente y las resistencias a la introspección y el insight serán muy fuertes. En la *adolescencia*, por fin, hay una natural actitud introspectiva junto a una capacidad para comprender los motivos inconcientes de la conducta, con lo cual se dan ya plenamente las condiciones para el verdadero insight, aunque en ellos sigue la predisposición de ver siempre lo inmediato y presente, con detrimento del interés por el pasado y la influencia que puede ejercer sobre el presente, que sólo parece ser prenda del espíritu adulto.

51. Metapsicología del insight

1. Insight y proceso mental preconciente

Siguiendo las grandes líneas de la psicología del yo, Kris (1956a) explica algunas de las vicisitudes del insight a partir del concepto de carga libre y fijada, es decir, de las diferencias conceptuales entre proceso primario y secundario. Brilla en este trabajo la más pura psicología hartmanniana, junto a los aportes del propio Kris sobre el pensamiento mental preconciente, que parten de sus estudios de la caricatura (1936) y lo cómico (1938) y culminan en 1950 con su trabajo «On preconscious mental process».

Para ser más exactos, Kris utiliza para explicar el insight no sólo la dialéctica de proceso primario y secundario sino también el modelo del aparato psíquico que Freud propuso en 1923. Desde el punto de vista estructural, Kris piensa el insight como un fenómeno bifronte que tiene a la vez asiento en el yo y en el ello: hay una forma incorporativa (oral) y una forma anal del insight (regalo, tesoro), que son claramente modelos instintivos, es decir, del ello.

Lo más distintivo del aporte de Kris es, sin duda, su explicación del proceso de elaboración. La elaboración consiste en que las cargas libres del proceso primario se modifican y se reordenan en forma tal que, organizadas como proceso mental preconciente, quedan depositadas en el sistema Pcc, hasta que, en un momento dado, surgen de pronto como insight.

El razonamiento de Kris tiene su punto de partida en lo que él llama la hora analítica satisfactoria (¡de la cual, creo yo, todos los analistas contamos alguna en nuestro haber!). Son sesiones que, en realidad, no comienzan favorablemente ni marchan sobre rieles; transcurren, más bien, en una atmósfera pesada y tensa; la transferencia tiene predominantemente un signo hostil, el ambiente es de pesimismo cuando no de derrota. De pronto, sin embargo, y con frecuencia hacia el final, todo parece acomodarse y las cosas se ensamblan como piezas de un rompecabezas. Basta entonces una breve interpretación del analista para que todo quede perfectamente claro; y a veces esa interpretación cabe en una simple pregunta, cuando no la hace obvia el paciente llegando por sí mismo a las conclusiones.¹

¹ Esta descripción de Kris me recuerda lo que dice Freud en sus «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c): hay primero un período en que el material se va expandiendo, hasta que de repente empieza a concentrarse y se arma como un rompecabezas que muestra claramente las ideas latentes del sueño.

Estas sesiones salen tan bien —sigue Kris— que parecen preparadas de antemano. No puede pensarse, por cierto, que esta elaborada configuración provenga de la tendencia de lo reprimido a alcanzar el nivel de la conciencia sino de las funciones integradoras del yo, de la mente preconciente. Todo el trabajo de las sesiones anteriores se ha ido organizando en el preconciente y de pronto surge. Kris llama, pues, elaboración al proceso que reorganiza a nivel del sistema Pcc las cargas del Icc. El insight en que culmina la sesión satisfactoria es el producto de la labor analítica que ha liberado las energías contracatócticas ligadas al material reprimido poniéndolas a disposición de la energía ligada del proceso secundario.

Junto a la sesión satisfactoria, Kris va a describir también la sesión satisfactoria engañosa. Se presenta parecida a la auténtica pero se la puede diferenciar porque el insight surge demasiado rápidamente, sin esa previa labor ardua y difícil que vimos hace un momento. Las asociaciones brotan con facilidad y el insight llega como por arte de magia, como un don de los dioses (o del analista). Es que este insight no resulta de un proceso de elaboración: las funciones integradoras del yo obran sólo al servicio de seducir al analista, de ganarse su amor. Es fácil presagiar que este espurio insight no durará más allá de la fase positiva de la relación trasfereencial. Por otra parte, podría agregarse que si un analizado busca complacer al analista es porque existe el temor de que aparezcan cosas que no se quieren mostrar. Complacer es entonces aplacar.²

En un segundo caso de sesión satisfactoria engañosa el insight está al servicio de un deseo de independizarse del analista, de competir con el recurso del autoanálisis. Si alguien tiene insight al solo efecto de llevarle la contra a su analista, entonces poco ha de valerle la comprensión obtenida. Ese insight no va a ser nunca eficaz, porque lo que verdaderamente importa es demostrarle al otro que uno sabe más que él, que interpreta mejor que él. La verdad intrínseca que puede haber en lo que este analizado diga, en última instancia no le llega ni le atañe, porque él no está interesado en la verdad de lo que le pasa, sino en demostrar que sabe más que su analista. En este punto, el contexto de descubrimiento opera como una hipótesis suicida en el contexto de justificación. Así es de compleja la epistemología del psicoanálisis.

Hay todavía un tercer tipo de hora satisfactoria engañosa, cuando las funciones integradoras del yo parecen proliferar y la vida entera del paciente se ve desde una perspectiva simplista y unilateral. Todo deriva de un modelo determinado, de un cataclismo temprano de la infancia. Cuando obra esta tendencia, pronto se advierte cierto tironeo en los datos y fáciles trasformaciones de lo que debiera ser un logro trabajado de la comprensión. Para dar cuenta de este fenómeno, que dicho sea de paso se comprende sin dificultades con la idea bioniana de vínculo menos K, Kris apela a una diferencia entre función

² Desde mi punto de vista, el deseo de complacer al analista tiene un sólo lugar legítimo y nada más que uno en el insight genuino, y es cuando aparece a consecuencia del logro del insight, surgiendo del impulso a la reparación.

sintética del yo y función integradora. La función sintética tiene que ver con el proceso primario; en cambio, la función integradora es propia del proceso secundario. Esta hipótesis *ad-hoc*, más fácil de exponer que de probar, viene a mostrar por contrario imperio una dificultad de la metapsicología hartmanniana.

En resumen, hay tres tipos de sesión satisfactoria engañosa y sendos tipos de falso insight: uno que tiene que ver con la transferencia positiva y trata de complacer al analista; otro con la transferencia negativa de llevarle la contra; el tercero es una forma de aplicar el método psicoanalítico mecánicamente, cuando a partir de un solo hecho (que puede ser real) se pretende dar cuenta de todos los problemas. En los tres casos el deseo de comprender no es auténtico, queda subordinado a los afectos que dominan la transferencia. El vínculo es L, H o menos K, pero no K —diría Bion (1962b)—.

Los tres tipos de falso insight de Kris tienen valor y hay que tenerlos en cuenta en la clínica, discriminando en cada caso cuánto hay de auténtico y cuánto de espurio. En el insight más auténtico habrá siempre un deseo de complacer al analista y, del mismo modo, hasta en el más envidioso impulso al autoanálisis existirá siempre un matiz de legítima independencia. Los actos mentales no son nunca simples, ya nos lo advirtió Waelder (1936), y en todos los casos habrá que considerar un aspecto y el otro. La diferencia entre el insight genuino y el espurio, pues, no siempre es fácil de establecer. Para hacer las cosas todavía más complicadas, a veces el verdadero insight puede ser usado como defensa o gratificación.

Una gran parte de la labor analítica se lleva a cabo en la oscuridad, dice sentenciosamente Kris. El camino se alumbra aquí y allá por algún destello de insight, luego de lo cual surgen nuevas zonas de angustia, asoman otros conflictos en el material y el proceso sigue. De esta manera, los cambios de largo alcance que promueve el análisis pueden lograrse sin que el paciente llegue a tener plena conciencia del camino recorrido.

Cuando el insight es verdadero y genuino se lo reconoce por sus frutos: decrece la tendencia al acting out y se amplía el funcionamiento del área libre de conflicto gracias al aumento de la autonomía secundaria. El insight moviliza nuevos repertorios de conducta, con una tendencia a producir respuestas adaptadas de tipo variado. La habilidad para ofrecer estas respuestas constituye, según Kris, un criterio válido a los fines de evaluar la marcha de la labor analítica y eventualmente su terminación.

El insight se inserta en un proceso circular: sin los cambios dinámicos y estructurales ya descriptos el insight nunca se podría dar; pero, recíprocamente, una vez instalado, el insight promueve cambios en la estructura de la mente.³

Hay algunos puntos en que la investigación de Kris guarda cierta semejanza con la de Klein, como, por ejemplo, en lo referente a los modelos

³ También Blum (1979) subraya como característica la interacción circular entre el desarrollo del insight y el trabajo analítico que condiciona cambios estructurales que facilitan el insight.

arcaicos, los prototipos del ello en el insight. En la fantasía de tipo oral que destaca Kris, el conocimiento se equipara en el ello a un alimento que puede ser incorporado y metabolizado. De esta forma, el prototipo oral del insight se acerca bastante a la relación del niño con el pecho, tal como la describe Klein. Otra zona de contacto entre las dos teorías puede encontrarse en el tema de la integración. Kris concibe los cambios estructurales que promueve el insight como un cambio en la función integradora del yo. También las explicaciones de la escuela kleiniana asignan la mayor importancia a la integración del yo, pero en esta teoría la integración depende del logro de la posición depresiva.

En resumen, si bien nadie duda de que el insight tiene que ver con el proceso secundario y con los engramas verbales, el valor de la investigación de Kris reside en que propone para esa afirmación una explicación coherente con su propio marco teórico. De este modo, la relación entre el insight y la verbalización queda inscripta en una determinada teoría sobre la organización del pensamiento mental preconciente. En la medida en que, al levantarse la represión, se pasa del proceso primario al secundario, las cargas liberadas de sus fijaciones pueden ser utilizadas al servicio de la función integrativa.

2. Dialéctica regresión/progresión

Grinberg, Langer, Liberman y los Rodrigué (1966b) escribieron un breve ensayo para la *Revista Uruguaya* donde el proceso de elaboración se explica «como la resultante dinámica de un movimiento dialéctico entre regresión y progresión» (pág. 255). Cuando los mismos autores expusieron ese mismo año sus puntos de vista sobre el proceso analítico en el II Congreso Pan-Americano de Psicoanálisis, volvieron sobre estas ideas, completándolas y precisándolas.⁴ Estos trabajos son interesantes porque, ensamblando un gran número de teorías psicoanalíticas, logran establecer una relación clara entre insight y elaboración.

Una tesis central de estos autores es que entre insight y elaboración no hay una división tajante. El insight es un momento específico del proceso de elaboración; insight y elaboración son inseparables.

La elaboración, ya lo hemos dicho, queda definida para estos autores como la resultante dinámica de un movimiento de progresión y regresión. El aspecto progresivo de esta dialéctica surge de la superación de las defensas reiterativas y estereotipadas, del paulatino abandono de la compulsión a repetir modelos arcaicos de descarga instintiva.

El elemento regresivo de la elaboración no se atribuye, sin embargo, como podría pensarse, a las defensas reiterativas recién descriptas, a estos modelos de descarga instintiva que impone la compulsión a la repetición, sino al proceso curativo mismo. El concepto de regresión que

⁴ *Psicoanálisis en las Américas*, 1968, págs. 93-106.

nuestros autores es el que Winnicott postuló en 1955 como un complejo sistema de defensas, una capacidad latente a la espera de las condiciones favorables que permitan una vuelta al pasado para re-iniciar un nuevo proceso de desarrollo. El proceso psicoanalítico es un estado de moratoria, dice Erikson (1962), que hace posible la regresión para empezar de nuevo.

En su intento de síntesis, nuestros autores conjugan las ideas de Winnicott con las de Kris (1936, 1938, 1950) sobre la regresión al servicio del yo. Este acercamiento no parece del todo convincente, sin embargo, porque Winnicott habla de una regresión temporal y la regresión útil de Kris es ante todo formal, de proceso primario a secundario.

En su relato al Congreso Grinberg *et al.* definen el proceso analítico con los mismos instrumentos conceptuales que antes la elaboración: «Proceso analítico implica *progreso*, pero entendemos el *progreso* como un desarrollo donde la regresión útil en el diván sirve de palanca primordial» (1966a, pág. 94).

Como el trabajo de duelo al que se la compara, la elaboración requiere tiempo, tiene que ser lenta y penosa. En esto se apoyan nuestros autores para concordar con Melanie Klein, quien ubicó el insight en el centro de la posición depresiva, es decir, cuando surge el dolor por el objeto dañado, a lo que se agrega el dolor por las partes dañadas del self (Grinberg, 1964).

3. Insight y conocimiento científico

Con los instrumentos conceptuales que hemos ido desarrollando podemos intentar ahora establecer una relación entre el insight y el conocimiento científico. En cuanto investigación del inconciente, el método psicoanalítico es una parte del método científico. Cuando el analista trabaja, si lo hace cabalmente, no hace otra cosa que aplicar el método científico; en eso consiste la búsqueda del insight.

La investigación científica consiste en aplicar y contrastar las teorías. La esencia del método científico, dice Popper (1953), reside en que las teorías se van testeando y refutando. No puede haber una teoría irrefutable, porque de serlo dejaría de ser científica.

Podemos concebir el proceso analítico en los mismos términos y afirmar que, básicamente, consiste en que analista y paciente investigan las teorías que el paciente tiene de sí mismo y las van testeando. Cuando estas teorías quedan fehacientemente refutadas, el analizado por lo general las cambia por otras más adaptadas a la realidad. Si el analizado tiene tantas resistencias a abandonar sus teorías es porque las nuevas casi siempre lo favorecen algo menos, con desmedro de su omnipotencia. Por «teorías» entiendo aquí todas las explicaciones que uno tiene de sí mismo, de su familia y de la sociedad; las explicaciones con que cada uno de nosotros da cuenta de su conducta o de sus trastornos; y también, desde

luego, las teorías que uno tiene sobre su historia personal, como procuré mostrar en el capítulo 28.

Como pasa en la investigación científica, el proceso analítico pone a prueba continuamente las teorías que el analizado tiene de sí mismo y lo lleva a enfrentarla con su contenido de realidad. Según sea la prueba de los hechos, la teoría que el paciente tiene de sí mismo se confirma (y esto es siempre momentáneo porque ninguna teoría es definitiva) o se refuta.

Mientras los hechos confirman la teoría del paciente no hay insight; pero en el momento en que la teoría se refuta el insight aparece y surge un nuevo conocimiento. El insight, no lo olvidemos, es siempre un descubrimiento, una nueva conexión de significado. Por eso dije antes que el insight destruye una teoría y la vivencia delirante primaria la construye.

Es ese momento de ineludible orfandad, y por varios motivos. Perder una teoría es quedarse sin armas para enfrentar los hechos y, desde luego, es una merma de la omnipotencia. Ya hemos dicho, también, que la nueva teoría resulta siempre menos favorable al sujeto que la antigua —que para eso estaba—. De esta manera, y a partir de otros elementos, hemos venido a describir el momento de integración de la posición depresiva donde florece el insight.

Tal como se lo acaba de definir, el insight como toma de conciencia implica el abandono de determinadas hipótesis explicativas que hasta ese momento nos habían sido útiles, o al menos confortadoras y satisfactorias; y esto se acompaña, necesariamente, de un duelo, pequeño o grande, por una concepción de la vida, con su lógico efecto de dolor. Desde este punto de vista podríamos decir que el insight desencadena un duelo en el vínculo K (Bion) no menos que en los vínculos L y H (Melanie Klein). A esto agrega Rabin (comunicación personal), con razón, la pérdida del analista como objeto de la transferencia, que es el corolario de la interpretación mutativa.

Desde el punto de vista que lo estamos considerando, el duelo que precipita el insight se vincula a la pérdida de una teoría. A partir de ese momento, empieza uno a interrogarse sobre el significado que ahora tienen las cosas y a construir una nueva teoría. En la medida en que este proceso se va cumplimentando se pasa (o mejor dicho se vuelve) del insight ostensivo al descriptivo, los nuevos hechos se integran a la personalidad y se empieza a testear la teoría nueva. Richfield dice algo similar, cuando afirma que este es un tramo necesario de la elaboración, si es que no queremos vivir continuamente de emoción en emoción.

Para las ideas que estoy desarrollando no es importante que en el mismo momento en que se abandona una teoría se cree otra. Puede haber cierta distancia entre la pérdida de una teoría y la construcción de la otra. Lo que verdaderamente me interesa señalar es que, a partir de ese momento de insight ostensivo, se crea un instrumento conceptual que es la nueva teoría.

4. Algunas precisiones sobre el insight y el afecto

El momento de insight ostensivo es, por definición, ahora se comprende, un momento afectivo, no sólo por los sentimientos de depresión que mencioné antes sino por lo que puede venir después: la gratitud, la esperanza, la alegría, el deseo de reparar, la preocupación... Cuando el insight se convierte en la nueva teoría, ya está desprovisto de afecto. Este punto, creo yo, no ha sido comprendido por los autores que valoran más el insight emocional que el intelectual. En realidad, ambos tienen su tiempo y eficacia. Lo que ahora es intelectual, no lo fue sin duda cuando se lo adquirió en su momento. No se debe, pues, descalificar el insight intelectual; debemos pensar, al contrario, que no hay un insight más valioso que otro. Como pasa con las teorías científicas, cada momento de insight nos acerca más a la verdad; pero el hecho de que una teoría científica venga a refutar a otra no quiere decir que la primera no haya tenido valor.

Cuando ponemos el insight emocional por arriba del intelectual estamos en realidad trazando una línea divisoria que no es la mejor. En cierto modo, estamos afirmando que lo que ya se sabe no tiene valor; que sólo vale lo que se sepa a partir de este momento. Esto no es justo ni cierto. Espoleados por la práctica, vamos en busca de un insight que está adelante; pero olvidamos que el insight que el sujeto tiene ahora fue un proceso dinámico en su momento. En lugar de contraponerlos, vale más pensar que el insight ostensivo (afectivo, dinámico) y el insight descriptivo (intelectual, verbal) forman parte de un mismo proceso y es solamente el momento en que se insertan lo que los diferencia. A partir de este núcleo de ideas pudo Pablo Grinfeld (1984), en un documentado trabajo, rescatar el valor de los aspectos intelectuales de la interpretación psicoanalítica.

5. Insight espontáneo

Consideraciones como las recién formuladas son, creo yo, lo que le hacen afirmar a Segal (1962) que el insight es un proceso específicamente analítico. Muchos autores, como los Baranger (1964), por ejemplo, son de la misma opinión. Valorar el insight *espontáneo* como de menor calidad que el *analítico* no es más, para mí, que una posición ideológica. Diría incluso más: el insight que uno adquiere trabajosamente antes de *empezar* el análisis es tal vez el más decisivo, porque sin él se hubiera tenido una vida tan deformada como para no pensar nunca en acercarse a un *analista*.

Lo que nadie duda es que el setting analítico da las mejores condiciones para que se produzca el insight. Nos da la posibilidad de ver nuestro pasado en el presente y reverlo; nos hace comprender cómo aquello que sólo teóricamente teníamos en cuenta está operando en *este*

preciso momento y cómo, a través de la interpretación, el analizado puede introyectar ese proceso en un acto de real trascendencia. Todo esto, evidentemente, el análisis lo ofrece en forma mucho mayor que cualquier otro tipo de relación humana, y no es por lo demás ninguna gracia, porque el análisis se ha hecho justamente para eso: el setting analítico está diseñado para que se den las mejores condiciones de adquirir insight a través de esa experiencia singular donde el paciente repite y el analista interpreta. De este modo, la experiencia originaria puede volver a examinarse con más objetividad y las teorías del analizado se prueban y eventualmente se modifican. Todo esto, sin embargo, puede darse también fuera del marco analítico. Será más azaroso, y menos elegante; pero no imposible. Como dijo Guiard en el primer Simposio de la Asociación de Buenos Aires (1978), hay hombres sabios que, sin haberse analizado, tienen un conocimiento de la vida y de sí mismos que más quisiéramos nosotros, analistas, tener.

Cuando Bion (1962b) sostiene la idea de que existe en todo individuo una función psicoanalítica de la personalidad, ¿no está acaso diciendo en términos muy precisos lo mismo que yo acabo de decir? El psicoanálisis no hace más que desarrollar una función que ya estaba. Lo que hace el analista al interpretar es lo mismo que hizo la madre o el padre (con *rêverie*) cuando comprendieron al niño. El análisis propone la mejor forma para alcanzar el insight; no la única. Creo que Hansi Kennedy (1978) debe ser de la misma opinión en cuanto piensa que los padres pueden influir en la capacidad de los niños para la autoobservación y el insight según cómo les enseñen a manejar sus impulsos y sentimientos (*Psychoanalytic explorations of technique*, pág. 26).

Yo creo, pues, que no hay diferencias fundamentales entre el insight analítico y el espontáneo. Inclusive la idea de diferencia fundamental me da mala espina, me resulta por demás sospechosa. Si la aceptáramos de verdad tendríamos que concluir que el análisis nos hace diferentes y superiores a los demás mortales, lo que obviamente no es cierto. He visto por experiencia que este tipo de idea se da en los grupos psicoanalíticos recién formados y los perturba en su desarrollo. Hasta se llega a creer que un analista sólo puede hablar con analistas, o al menos con analizados, lo que transforma al grupo en una logia. Lo cierto es que no tenemos cualidades diferentes de la gente no analizada, si bien hemos tenido la oportunidad de pasar por una experiencia que nos da una ventaja, pero nada más. Después de una buena experiencia analítica somos siempre mejores que nosotros mismos, pero no necesariamente que los demás.

6. Una viñeta clínica

Una paciente que analicé muchos años tenía una mala relación con su única hermana, que había nacido cuando tenía quince meses. Vine al análisis con una «teoría» de su relación con esta hermana: sostenía que...

llevaban mal porque la hermana era egoísta. Al cabo de un cierto tiempo de análisis, apoyado en lo que veía en la transferencia, yo le propuse una nueva teoría, la de que su hostilidad con esa hermana, más allá del egoísmo que pudiera tener, era porque había nacido inoportunamente. Esta interpretación, es decir mi teoría, en principio fue totalmente rechazada. Ella no era celosa ni recordaba celos en su infancia.

Sin embargo, a medida que fue sintiendo celos de mis otros analizados, de mis familiares y de mis amigos, aun sin conocerlos, mi teoría fue finalmente aceptada. Entonces, una nueva teoría vino a remplazar a la antigua. Sus problemas quedaron explicados porque la madre la abandonó por esta hermana y la obligó a crecer prematuramente, ya que no se daba abasto para atender a las dos niñas. La nueva teoría llegó por momentos a parasitar el análisis como en el tercer tipo de *seudoin insight* de Kris. Esa era la verdad, toda la verdad, la única verdad. La que tres años antes se había reído de lo que yo le decía, afirmando de buen humor (y a veces de mal humor) que sólo un analista ortodoxo y fanático como yo podía pensar que una nena de quince meses sintiera celos de su recién nacida hermanita, me decía ahora que yo no me quería convencer de que aquella experiencia la marcó para siempre, ya que no tuvo la suerte de tener una madre que la comprendiera.

Esta persona no es del ambiente analítico, pero vive en la ciudad, tiene inquietudes y sabe lo que pasa. Cuando a mí me nombraron para un cargo ella en alguna forma se enteró y dio por descontado que yo la iba a desatender, cuando no que le interrumpiría el tratamiento. Felizmente, yo pude seguir atendiéndola como siempre; ella, entonces, empezó a sentir envidia por mi capacidad de atender mis nuevas ocupaciones y a ella. Pudo ahora remitirse al conflicto transferencial al pasado: le dije que de niña debió haber sentido por su mamá algo parecido a lo que sentía ahora conmigo. Más de una vez había dicho que la mamá era muy eficiente; pero nunca pensó que esa eficiencia pudiera haberla molestado. Si en realidad ella tenía tanto odio contra su madre, concluí, no era sólo porque no le podía nunca perdonar que le hubiera dado esa hermanita prematuramente, sino también porque no había podido tolerar su habilidad para manejarse con las dos pequeñas. Como es de imaginar, esta teoría también fue totalmente rechazada por la analizada; pero, finalmente, tuvo que llegar a reconocer que, efectivamente, le molestaba mi capacidad de atenderla bien a pesar de mis otras ocupaciones. Así se fue acercando gradualmente a la conclusión de que ella había tenido una madre buena al fin y al cabo, más allá de todos sus errores y de las circunstancias adversas de la vida. Cuando pudo aceptarlo así, ya estaba al final de su análisis.⁵

Esta breve historia clínica sirve también para ilustrar que la diferencia entre *insight* intelectual y emocional se sustenta en un error de la perspectiva en el tiempo. Tenemos la tendencia a ver el proceso hacia adelante, y no podría ser de otra forma; pero eso nos puede equivocar. Cuando yo

⁵ Más detalles en Etchegoyen (1981c).

me propongo hacerle ver a la paciente que la madre de su infancia no fue tan mala como ella piensa (y me lo propongo al ver que eso surge de la transferencia), entonces yo, como analista, pienso que lo más importante es que ella vea esta situación. Cuatro años antes, sin embargo, a mí me parecía que lo realmente importante era que ella se diera cuenta de que el nacimiento de su hermana la perturbó verdaderamente, mientras ella decía que no, que lo que yo decía era ridículo. Es que cuando yo estoy en un momento determinado del proceso analítico, lo único que vale para mí es el punto al que me dirijo. Esto es, sin embargo, porque yo hago una división arbitraria. Si no hubiera tenido ella insight sobre sus celos infantiles respecto del nacimiento de su hermana, este de ahora hubiera sido imposible.

Desde esta perspectiva queda más claro por qué no comparto las afirmaciones de Reid y Finesinger sobre el papel del insight en psicoterapia. No es cierto que haya insights que son curativos y otros no, todos lo fueron en su momento. Tomemos el caso que traen Reid y Finesinger, el del hipotético paciente que tiene dispepsia después de que se pelea con la mujer en la mesa. Ellos dicen que cuando el paciente piensa que las peleas con la mujer en la mesa le dan dolor de estómago, tiene sólo un insight intelectual; y el que realmente vale es el insight *dinámico* de su pasividad oral, de su envidia o avidez, de su complejo de Edipo. Yo pienso que los dos momentos de insight son igualmente valiosos. Cuando este paciente llega a la consulta, su insight del efecto de las peleas en la mesa sobre su dispepsia ya es intelectual; pero en el momento que lo tuvo por primera vez seguramente no lo fue. Me atrevería a afirmar que, sin aquel insight primero, probablemente hubiera desarrollado una paranoia y habría venido a la consulta diciendo que la mujer quería envenenarlo. Sólo el apremio de nuestra tarea, sólo la necesidad de resolver el problema entre manos nos hace pensar que el insight emocional está por delante y que atrás sólo queda lo intelectual. Es parte del inexorable avance de la elaboración que, cuando alcanza su clímax ostensivo, el insight pasa después a ser intelectual, porque uno no está todo el día agarrándose de los pelos como aquellas histéricas de Freud que sufrían de reminiscencias.

A veces se confunde el insight intelectual con la intelectualización, que no es lo mismo. Una vez que mi analista interpretó mi angustia de castración y yo lo acepté, puedo levantar ese conocimiento como una bandera para no ver, por ejemplo, mis tendencias homosexuales y mi complejo de Edipo negativo. Que una teoría pueda ser utilizada en la columna 2 de la tabla de Bion (o como un vínculo menos K) no le quita el valor que originariamente tuvo. El analizado tiene el derecho de utilizar mal sus teorías; nosotros, como analistas, por nuestra parte, tenemos la obligación de percibir (y denunciar) cuándo una teoría que ha sido válida se transforma en una rémora para el conocimiento. Siguiendo la teoría del conocimiento de Bion, Grinberg (1976c) señaló que hasta el complejo de Edipo puede servir como defensa frente al complejo de Edipo mismo.

Tal como lo hemos descrito, el momento del insight ostensivo no puede sino acompañarse de una situación de duelo, de pérdida, de orfan

dad: el objeto no está, la teoría falló, cayó mi omnipotencia, soy más culpable de lo que creía; pero en el mismo momento en que asumí ese duelo, me doy cuenta de que el análisis puede darme un conocimiento que yo no tenía y una vida mejor; y entonces brota la esperanza.

El dolor depresivo es, pues, una condición necesaria del insight, un punto sobre el que ha insistido Gregorio Garfinkel (1979). El insight no puede ser sin dolor. Pasado ese momento de dolor, sin embargo, va a surgir un sentimiento de paz interior, donde germinarán la alegría y la esperanza, que paga con creces el dolor que existió.

Este tránsito por el dolor es ineludible hasta en el caso en que se llegue a recuperar un momento de la verdad histórica que alivie de alguna culpa cargada injustificadamente. Si el proceso se ha hecho auténticamente y no en términos de reivindicación maníaca, se verán para el caso otros determinantes a través del altruismo. Porque si alguien asume una culpa que no le corresponde es porque de alguna forma conviene a sus resistencias asumirla.⁶

7. El insight y los objetos internos

Cuando discutimos el insight como fenómeno de campo dije que, para mí, el insight es intrasferible y que conviene considerarlo dentro de la psicología procesal y no de la personalística. Ahora nos toca reabrir esa discusión pero a partir de la teoría de los objetos internos y, más precisamente, de las cualidades de los objetos del self.

Cuando estudiamos la parte que le corresponde en el insight al proceso mental preconciente vimos que, a través de la interpretación, las cargas libres del proceso primario se liberan de sus fijaciones y se reorganizan en el sistema Precc. Va de suyo, entonces, que la verbalización es inherente al insight, porque mientras no haya una representación verbal no hay proceso secundario y no se cumple el principio de que el insight surge cuando lo que estaba en el sistema inconciente pasa al preconciente. El insight, pues, implica verbalización, lo que equivale a decir que el insight está ínsitamente vinculado al proceso de simbolización, porque es una forma de simbolizar o de conceptualizar la experiencia lo que realizamos en el momento del insight. Cuando no se da este proceso no se da tampoco el insight. Por esto, Klein (1932) es muy categórica al decir que el análisis de un niño tiene que terminar con la verbalización de los conflictos y que, mientras eso no se alcanza, no ha terminado el análisis. También Liberman (1981) señala la importancia de lo que él llama *insight verbalizado*.

En resumen, palabra, proceso secundario y simbolización son los indispensables ingredientes del acto de insight. El insight sanciona el acceso al orden simbólico, si queremos decirlo en términos de Lacan (1966).

⁶ Esto se aplica exactamente al concepto de culpa prestada, que Freud introduce en el capítulo V de *El yo y el ello* cuando estudia la reacción terapéutica negativa.

Esto implica dotar de un equipo nuevo a los objetos internos, como dice Meltzer (1967). Por equipo, Meltzer quiere decir una determinada cualidad del objeto interno. Equipo y cualidades del objeto son aquí, me parece, sinónimos, pero la palabra equipo es plástica. Mientras el self infantil identifica proyectivamente sus tendencias hostiles en los padres internos y trata de dañarlos, de controlarlos y de impedir su unión creativa, sus ataques (masturbatorios) están ligados a fantasías omnipotentes; pero, a medida que los ataques van menguando, y obviamente decrecen porque uno va adquiriendo más conciencia del daño al objeto y más deseos de repararlo, los objetos internos logran una mayor libertad de acción; y entonces pueden realizar realmente las tareas que necesita el sujeto y que antes realizaban los objetos de la realidad exterior. Esto se acompaña con un proceso de identificación introyectiva, a partir del cual el sujeto siente que recibe de esos objetos sus buenas cualidades.⁷ Desde este punto de vista, el insight consiste en un proceso de asimilación de los objetos internos. Para comprender el insight es importante subrayar el proceso introyectivo. Cuando el analista interpreta, le da al paciente nuevos elementos de juicio para corregir una determinada concepción que él tenía de sí mismo, le permite refutar una teoría anterior; pero, al mismo tiempo, el paciente introyecta esta acción de haber interpretado y así va incorporando dentro de él un analista con ciertas cualidades, un analista que es capaz de recordar, de contener, etcétera. Consiguientemente, el insight no sólo significa cambiar la concepción que nosotros teníamos de los hechos, sino también incorporar el objeto que ha hecho posible el cambio; y es a partir de la introyección de este objeto que nosotros vamos a funcionar cada vez con mayor autonomía. Equipos y cualidades del objeto son prácticamente lo mismo.

La idea de que mediante el proceso de introyección el sujeto incorpora las cualidades del objeto que porta el insight vuelve a plantear un problema básico de la teoría de la curación, es decir, cuánto proviene del insight y cuánto de la relación analítica. Esta disyuntiva aparece claramente en el ya citado trabajo de Wallerstein (1979), quien delimita rigurosamente el área específicamente analítica del insight de otras formas de cura, como la reeducación emocional de Alexander. Wallerstein cree, como Loewald (1960), que el tratamiento analítico le da al paciente la posibilidad de redescubrir las pautas de su pasado en su nueva relación con el analista. También para la teoría kleiniana de los objetos internos el proceso introyectivo supone un momento de duelo en que el objeto se introyecta en función de una nueva relación con él. Nada tiene este proceso, pues, de sugestivo o pedagógico.

⁷ En este punto creo advertir ya cierta consonancia teórica entre los padres internos de la teoría kleiniana y el Gran Otro de Lacan.

52. Acting out (I)

1. Panorama general

Luego de estudiar largamente el proceso analítico y sus etapas nos estamos ahora ocupando de las vicisitudes que ofrece la marcha de la cura, los factores que la hacen progresar o la entorpecen. En los tres capítulos anteriores estudiamos el insight y la elaboración considerándolos como los propulsores del tratamiento psicoanalítico, y nos toca ahora ocuparnos de la *patología del proceso*, esto es de lo que puede detenerlo o hacerlo fracasar.

Si la propuesta esencial del análisis es obtener insight, entonces podemos decir por definición que llamaremos patología del proceso a todo lo que esté obstaculizándolo. Hay para mí tres áreas en las cuales el proceso encuentra obstáculos y son el acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva. Los dos primeros, más conocidos, fueron estudiados inicialmente por Freud; el otro es un aporte que debemos a Bion, si bien se puede encontrar una referencia concreta en Klein, como veremos oportunamente.

En estos tres mecanismos o, como yo prefiero llamarles, *estrategias* se resume a mi juicio toda la patología del proceso. Lo común a las tres es que impiden que el insight cristalice; lo que las distingue es que operan cada una a su manera, de modo especial. El *acting out* perturba la tarea analítica, que es también la tarea de lograr insight, la *reacción terapéutica negativa*, como su nombre lo indica, no impide la tarea pero perturba los logros del insight, que se pierde o no se consolida. En la *reversión de la perspectiva*, por fin, el insight no se alcanza porque el paciente no se lo propone y en realidad busca otra cosa. En resumen, el acting out opera sobre la *tarea*, la reacción terapéutica negativa sobre los *logros* y la reversión de la perspectiva sobre el *contrato*. Al menos esta es la forma en que yo veo las cosas y he procurado sistematizarlas.

Pienso, también, que cada vez que uno de estos procesos se mantiene y resulta imposible resolverlo se llega al callejón sin salida de la *impasse*. En ese sentido, la *impasse* no es un fenómeno de la misma clase de los tres señalados, es distinto (Etchegoyen, 1976).

2. Acting out, un concepto impreciso

De todos los conceptos con que Freud construyó el psicoanálisis, ninguno tal vez resultó más discutido, con el correr del tiempo, que el de *acting out*. Algunos atribuyen estas discrepancias a que la noción de acting out se fue ampliando indebidamente, otros a que no fue clara desde el inicio; pero nadie pone en duda que en pocos temas hay mayor desacuerdo. Pareciera que el único acuerdo posible en este punto es que no haya dos opiniones coincidentes.

Al iniciar su estudio, Sandler *et al.* (1973) dicen que de todos los conceptos clínicos considerados en el libro, «el de acting out es el que ha sufrido la mayor ampliación y cambios de significado desde que fue introducido por Freud» (*El paciente y el analista*, pág. 81).¹ También en su clásico artículo de 1945, Fenichel empieza por una definición provisional, que él mismo tacha de insuficiente, y agrega que es mejor si una definición rigurosa es el resultado de una investigación y no su punto de partida; su artículo empero no llega a cumplir ese programa. En el simposio de la Thom Clinic (1962), Peter Blos se quejaba de que el concepto de acting out estuviera sobrecargado de referencias y significaciones, añorando la claridad que tenía treinta años antes, cuando era considerado una defensa legítima y analizable. Por su parte, Anna Freud (1968), en el Congreso de Copenhague, señaló también la expansión del concepto, y su relato se esfuerza en darle mayor precisión. En el mismo Congreso, Grinberg (1968) empezó su ponencia señalando la penumbra de asociaciones que rodea al concepto de acting out, denunciando la connotación peyorativa con que a veces se lo recubre.

Si bien todos los analistas pueden tener ideas distintas sobre el acting out, pocos, muy pocos, le restan importancia. La opinión general es que el acting out es una idea que pesa en la praxis psicoanalítica y en la teoría. Como dice Greenacre (1950), el acting out es un fenómeno clínico frecuente, tiene una gravitación a veces decisiva en la marcha del proceso analítico y es difícil de detectar y manejar.²

Algo que lo distingue de los otros psicoterapeutas es que el analista opera con el concepto de acting out, es decir, entiende algunas conductas del analizado que aparentemente no tienen que ver con el tratamiento como pertenecientes a él. Ningún otro terapeuta procede así. De ahí que nos dé una sensación de identidad analítica detectar el acting out, discriminándolo de situaciones que no lo son. Porque, como es obvio, no todo lo que *hace* un paciente es acting out.

En los tres capítulos que vamos a dedicar a este tema trataremos de contribuir a aclarar el concepto de acting out, tarea para nada sencilla;

¹ «Of all the clinical concepts considered in this book, acting out has probably suffered the greatest extension and change of meaning since it was first introduced by Freud» (*The patient and the analyst*, pág. 94).

² «Not very much has been written about the problems of acting out in the course of analysis, although they are most difficult to deal with, frequently interfere with analysis, and sometimes escape detection unless and until they become flagrant» (1950, pág. 433).

pero por cierto muy interesante. No pretendemos resolver este magno problema; pero nos gustaría mostrar por qué es difícil delimitarlo, señalando cómo se lo puede entender según la perspectiva desde donde se lo contemple. En otras palabras, es necesario preguntarse a qué vamos a llamar acting out, tratando al mismo tiempo de fundar nuestras opiniones. Creo, en principio, que buena parte de las disensiones surgen porque no todos decimos lo mismo cuando hablamos de acting out.

3. Introducción del término

En el acting out todo es discutible, ¡hasta el momento en que aparece en la obra de Freud! Muchos autores consideran que puede rastreárselo hasta la *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901b); otros, en cambio, lo hacen nacer en el «Epílogo» del «Fragmento de análisis de un caso de histeria» («Dora») (1905d).

Phyllis Greenacre (1950) y Eveleen N. Rexford (1962), entre otros, parten, para comprender el acting out, de las conductas motoras erradas (parapraxias, actos fallidos) que Freud estudió en la *Psicopatología*, donde describe actos o acciones equivocadas como producto de un conflicto psíquico, que resulta en una lucha de tendencias. Estos actos tienen un sentido psicológico, que gracias al método psicoanalítico puede descubrirse. Son, sobre todo, los que estudia en el capítulo IX y llama actos sintomáticos y casuales los que después habrían de llamarse acting out. Como se recordará, en esta clase de actos fallidos no se sospecha ninguna finalidad, por lo que se diferencian de los que la tienen pero se malogran por alguna torpeza en la ejecución. En estas acciones casuales Freud describe siempre un propósito inconciente que las convierte en sintomáticas.

Es conveniente precisar que para describir este tipo de conductas Freud usa en la *Psicopatología* la palabra *handeln*, actuar, mientras que en el Epílogo prefiere *agieren*, que también quiere decir actuar. Es evidente que sólo si pensamos que Freud cambió de vocablo sin una precisa intención teórica podremos sostener que el concepto de acting out está ya presente en 1901. Si preferimos pensar, en cambio, que Freud utilizó otra palabra para diferenciar los dos conceptos, parapraxia y acting out, concluiremos que el *handeln* de 1901 es distinto al *agieren* de 1905. Esta discusión aparentemente fútil contiene ya el problema de fondo: si el acting out es nada más que o algo más que un acto neurótico.

4. Acto neurótico y acting out

La diferencia entre acto neurótico y acting out preocupa con razón a Fenichel en su ensayo de 1945, al que todos volvemos para calibrar nuestro instrumental teórico. Fenichel subraya la acción como nota defi-

nitoria (ya contenida en el nombre); y esta acción no es meramente un simple movimiento o una expresión mímica sino una acción compleja, una conducta. Los síntomas (y Fenichel está pensando aquí, manifiestamente, en los actos compulsivos) pueden también involucrar acciones, pero son por lo general de extensión limitada y siempre egodistónicos. Si son de gran complejidad y se racionalizan hasta el punto de ser egosintónicos, entonces cabe llamarles lisa y llanamente acting out.

Como vemos, lo que para Fenichel diferencia el acting out del síntoma compulsivo (o en general de las parapraxias), más allá del factor puramente cuantitativo de su complejidad, es solamente la sintonía con el yo. Tal vez por esto piensan las autoras antes citadas que las acciones sintomáticas y casuales, que son sintónicas, se acercan más al acting out que los actos fallidos propiamente dichos, donde la distonía salta a la vista como torpeza.

No se alcanza de esta forma a distinguir, por cierto, el acting out del acto neurótico, de la conducta neurótica. Si nos fuéramos a conformar con lo que dice Fenichel, el acting out dejaría de pertenecer al cuerpo teórico del psicoanálisis, lo que es sin duda una legítima aspiración de los que piensan que este concepto está indisolublemente ligado a preceptos morales e ideológicos que lo hacen inconciliable con el psicoanálisis como disciplina y como técnica. Otros piensan, sin embargo, y yo entre ellos, que el concepto de acting out debe conservarse como una pieza fundamental del psicoanálisis, sin arredrarse por las dificultades que nos plantee ubicarlo teóricamente ni por el peligro (cierto) de usarlo mal en la práctica.

Ciertos autores que definen el acting out fenomenológicamente, sea en forma manifiesta o críptica, no se deciden a dejar de usarlo en su lenguaje científico. Esta inconsecuencia no puede, por cierto, imputársele a Gioia cuando afirma con toda claridad: «Su característica definitoria, que lo diferencia específicamente del resto de las manifestaciones trasfereenciales y/o resistenciales, es puramente fenoménica» (1974, pág. 977).

Lo que me interesa señalar aquí es que la postura teórica de todos los autores que definen al acting out fenomenológicamente (y que desde luego es legítima) debiera llevar necesariamente a proclamar que el concepto de acting out no tiene autonomía y no pertenece estrictamente a la teoría psicoanalítica. Esto es muy difícil de hacer, sin embargo, porque el lenguaje ordinario es en este punto muy determinante. En mis treinta años largos de analista jamás he oído a un colega que no emplee la palabra acting out para caracterizar la conducta neurótica de un paciente que interrumpe de la noche a la mañana el tratamiento ¡y se va sin pagarlo! Creo, sin ironía, que el lenguaje ordinario de los analistas sanciona aquí la realidad de una discriminación teórica.

Lo que yo quiero decir con esto es que el acting out es una conducta neurótica, pero no toda conducta neurótica es un acting out. En otras palabras, el acting out debe definirse metapsicológicamente, es decir, como un concepto teórico del psicoanálisis, y no sólo como un fenómeno de la psicología de la conciencia. Si reducimos el acting out a la sola apariencia

fenomenal de la resistencia y/o de la transferencia, restringimos grandemente la posibilidad de aprehender el acto psicológico en su magna complejidad.

5. Un sencillo ejemplo clínico

Una mujer llega a su sesión un viernes 1° preocupada porque al salir de su casa, un poco precipitadamente para no llegar tarde y hacerme esperar, olvidó sobre la mesa el dinero del pago. Se disculpa sinceramente y lamenta que no va a poder pagar hasta el lunes. Le señalé en principio que el plazo convenido no vencía ese viernes ni siquiera el próximo lunes. Ella sabía que era así; pero, de todos modos, no le gustaba hacerme esperar. Le repetí, entonces, la consabida interpretación del fin de semana, que siempre rechazaba, diciéndole que, con su olvido, daba vuelta la situación y era yo esta vez el que se quedaba esperando durante el fin de semana. Dijo que era así, efectivamente, notó que su molestia por el olvido había desaparecido como por encanto y agregó que, por primera vez, comprendía «esto del fin de semana».

El ejemplo es trivial y todos los analistas tendrán experiencias como esta. La paciente olvidó el dinero y esto constituye sin lugar a dudas un acto fallido, es decir, un acto neurótico que expresa un conflicto inconciente. Ella prefirió explicarlo por su apuro de llegar a tiempo y no hacerme esperar. Su racionalización, sin embargo, contenía la base del conflicto: hacerme esperar. Y la próxima asociación fue con el fin de semana. Al olvidar el dinero trató de no tomar conciencia de la angustia del fin de semana colocándola en mí. Cuando yo interpreté estaba casi seguro de que esta vez la interpretación iba a llegar, porque ella habló de olvido, de enojo, de molestia, de fin de semana, de espera.

Con todos estos elementos era difícil pensar en un acting out. Había, además, otros convincentes elementos de juicio. La analizada recordó y comunicó su olvido, aunque formalmente no necesitaba disculparse; tenía tiempo de sobra para pagar. Mi contratransferencia, por otra parte, me informaba que podía confiar en las asociaciones de la paciente y que no había grandes obstáculos en el proceso de comunicación.

En resumen, confundir este acto fallido con un acting out sería un gran error y una injusticia. El olvido tenía fundamentalmente una actitud comunicativa y estaba al servicio del proceso. No vale llamarlo acting out, ni siquiera acting out parcial como haría Rosenfeld (1964a). Empero, si la analizada hubiera omitido comunicarme su olvido y yo lo hubiera rescatado a pesar suyo del material, me habría inclinado a pensar, en principio, que podía tratarse de un acting out, y en este caso seguramente una interpretación sobre el fin de semana habría resultado inoperante.

6. El *agieren* freudiano

Freud emplea por primera vez el verbo *agieren* para caracterizar la conducta neurótica del analizado en el «Epílogo» del caso «Dora», donde dice textualmente: «De tal modo, *actuó (agieren)* un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura» (AE, 7, pág. 104).³ En esta primera definición, Freud contrapone claramente el acting out (*agieren*) a los recuerdos y las fantasías que se reproducen en la cura. Adelantándome a la amplia discusión que nos impondrá el tema, voy a decir que esta definición se ajusta perfectamente a lo que para mí debe considerarse acting out.

Como hipótesis de trabajo vamos a considerar, entonces, que sólo las conductas neuróticas que tienen el sentido específico de no reproducirse en el tratamiento, como dice Freud en el «Epílogo», deben considerarse acting out. Si esta diferencia (o alguna otra) no se sostiene, desaparece de hecho toda justificación para seguir hablando de acting out, que pasa a ser sinónimo de acto neurótico.

Creo no equivocarme cuando afirmo que Freud distingue en el caso «Dora» la transferencia del acting out. Una cosa es la transferencia de Dora, que Freud no interpretó a tiempo (¡pues no había leído, como nosotros, el «Epílogo»!) y otra la solución que encuentra Dora vía acting out.

Yo personalmente entiendo el acting out de Dora como creo que lo entiende Freud cuando dice que ella actuó un fragmento de sus fantasías y recuerdos *en lugar de* reproducirlo en el tratamiento. Subrayo «en lugar de» porque en esto reside para mí la principal característica del acting out. La transferencia es una forma de recordar; el acting out es una forma de *no* recordar.

7. Acting out, recuerdo y repetición

La diferencia tajante que acabo de proponer se hace innegablemente menos clara si seguimos de cerca cómo se desenvuelve la investigación freudiana sobre la transferencia y el acting out.

Freud desarrolla estos conceptos en su ensayo «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), donde introduce la idea de repetición para dar cuenta del fenómeno transferencial. Si bien el modelo de los clisés de 1912 y el de nuevas ediciones y reimpressiones de 1905 ya lo habían alejado de la teoría asociacionista del falso enlace de 1895, ahora introduce el concepto de *compulsión a la repetición*, que va a jugar un papel importante en sus nuevas teorías.

³ «Thus she acted out an essential part of her recollections and phantasies instead of reproducing it in the treatment» (Standard Edition, 7, pág. 119). La traducción de López Ballesteros, menos fidedigna pero muy sorprendente, dice así: «La paciente vivió así de nuevo un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlo verbalmente en la cura» (*Obras completas*, vol. 19, pág. 109).

La relación entre recuerdo y repetición se vuelve mucho más sutil y compleja. Con la nueva técnica (del análisis de las resistencias), «...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» (AE, 12, págs. 151-2). Durante todo el curso del análisis el paciente sigue bajo esta compulsión a la repetición y el analista comprende, al fin, que esta es su manera de recordar (*ibid.*, pág. 152). En esta nítida afirmación freudiana se apoyan válidamente los que sostienen que, en cuanto forma especial del recuerdo, el acting out no es más que una resistencia como cualquier otra, y que como tal debe evaluarse y ser analizada.

Hay, sin embargo, elementos, también valederos, para pensar que la relación entre repetición, transferencia y acting out no llega a definirse satisfactoriamente en el ensayo de 1914, ni tampoco en los escritos posteriores de Freud.

Como acabamos de ver, por momentos Freud homologa acting out y transferencia; otras veces parece discriminarlos como cuando sugiere que gracias al ligamen transferencial se puede lograr que el analizado no ejecute actos repetitivos, utilizando como material sus intenciones de hacerlo *in statu nascendi*. Indudablemente, la relación entre el acting out y la transferencia no es clara para Freud: a veces superpone los dos conceptos y a veces no.⁴

Para comprender las vacilaciones de Freud es necesario señalar, en primer lugar, que el cambio de la técnica (en el sentido de analizar las resistencias) no cuestiona de momento el objetivo del tratamiento, que sigue siendo recuperar los recuerdos. En segundo lugar, el recién formulado principio de compulsión a la repetición puede aplicarse por igual al acting out y a la transferencia, sin que esto importe necesariamente que estos dos procesos tengan que ser idénticos. Acting out y transferencia son sin duda lo mismo genéticamente, porque los dos derivan de la compulsión a la repetición; pero podrían ser distintos en su estructura y significado. Aunque nazca de la repetición, como la transferencia, podría ser que el acting out sea algo especial, tenga una estructura particular.

8. Otro ejemplo clínico

Veamos ahora un ejemplo de algo que para mí configura claramente un acting out y que es polarmente opuesto al acto fallido recién comentado.

Una mujer de muy buena posición económica dice que se va a Europa por dos meses y no va a pagar esos honorarios porque el marido se niega rotundamente a hacerlo. Ella no está de acuerdo con su esposo en este punto; pero no puede hacer nada al respecto. Por la estructura total de la situación, que por de pronto se presenta como hecho consumado del cual

⁴ Véase Guillermo Lancello (1974).

la analizada no se siente para nada responsable, era presumible suponer un acting out. Durante el mes siguiente, el analista interpretó en diversos contextos que el marido era una parte de ella misma (identificación proyectiva), sin que al parecer nada cambiara. La analizada rechazaba completamente ese tipo de interpretaciones y las otras que se le formulaban, mientras el analista mantenía con firmeza su línea interpretativa y no dejaba de interpretar cada vez que la ocasión se presentaba. La analizada se quejaba de la rigidez del analista, a pesar de que nunca en realidad le había planteado problema alguno y se había limitado a anunciarle que su marido no le iba a pagar. Si el analista no consideraba la situación tendría que interrumpir el tratamiento, amenazaba.

Cerca ya del día de la partida, llegó a una de aquellas difíciles sesiones muy conmovida y contó lo que le había pasado en su clase de gimnasia. Pagaba allí mensualmente, en forma regular. Cuando le anunció a la secretaria que iba a estar ausente y ella le dijo que tenía que pagar igual, se puso como loca. Gritó y dijo violentamente que no pagaría de ninguna manera por los dos meses en que iba a estar ausente. Esta vez le fue fácil al analista hacerle ver hasta qué punto la anécdota confirmaba las interpretaciones sobre el pago de sus honorarios.

Cuando el (muy competente) analista de esta enferma me consultó, se sentía preocupado. Consideraba que la situación era realmente difícil y se daba cuenta de que estaba soportando una carga especial en su contratrasferencia. Pensaba que si no cedía en alguna forma, la analizada podía cumplir su amenaza de no seguir el análisis; y sabía también, por otra parte, que complacerla sin más era abandonar claramente el método. Nótese que la contratrasferencia advertía al analista sobre el peligro que corrían el tratamiento de la paciente y su propia técnica. La analizada, en cambio, se preocupaba manifiestamente sólo por el dinero.

En este ejemplo se ve que la estructura del acting out siempre es compleja. El análisis de la situación antes y después del incidente en la academia de gimnasia mostró que la conducta neurótica de la analizada tenía muchos determinantes. El analista pudo ir descubriendo los variados motivos que tenía la paciente, sin perder de vista que, al anunciarle con mucho tiempo lo que iba a hacer, la analizada le estaba prestando la cooperación que podía. El analista se mantuvo firme, esto es, sin actuar, hasta que sus interpretaciones hicieron efecto y, finalmente, la analizada recuperó la posibilidad de colaborar. Digamos para ser precisos que lo que calificamos de acting out en este material clínico es la decisión puesta en el marido de no pagar las horas perdidas por el viaje. El incidente en la academia de gimnasia, en cambio, es una acción neurótica pero no un acting out, en cuanto coadyuva con el proceso de elaboración *en lugar de entorpecerlo*.

Mientras la situación estaba totalmente proyectada en el marido, y la paciente lo presentaba como hecho consumado, el problema era difícil de resolver. En este caso, como en muchos otros, la identificación proyectiva es el instrumento que emplea el acting out, como dicen Grinberg (1968) y Zac (1968, 1970); pero ni la identificación proyectiva ni sus consecuen-

cias son todavía el acting out. Para ir adelantando la tesis principal de estos capítulos, quiero decir que el acting out de la paciente no consiste en proyectar su deseo de no pagar en el marido; el acting out empieza precisamente cuando la paciente descarta la posibilidad de analizar esa situación (que una vez proyectada ya no le pertenece) y exige, al contrario, que el analista se acomode a esa «realidad» y no pretenda analizarla con su lamentable rigidez.

Lo que surgió claramente a la vuelta del viaje era que ella quería que el analista se equivocara, para así dejar el tratamiento, acusándolo por el error cometido. Como apareció en esa época en un convincente material onírico, el error que ella esperaba era tanto que el analista le cobrara (rigidez) cuanto que no lo hiciera, porque así demostraría lo que ella ya sabía, que era capaz de cualquier cosa para retenerla. Esta última intención de la analizada puede despertar cierto escepticismo, porque en general preferimos pensar que los analizados no comprenden cabalmente las reglas del juego, es decir nuestra técnica, antes que reconocer que pueden juzgarnos con exactitud e implacable justicia. Sin embargo, si el analista de nuestro ejemplo hubiera cedido y, aceptando como un hecho de la realidad la opinión del marido, hubiera consentido en no cobrar las sesiones del paseo y la viajera no hubiera vuelto, ningún analista dejaría de pensar que la paciente había hecho bien y que la culpa de la interrupción era del analista. Por reducción al absurdo creo que queda así probado que la analizada tenía, inconscientemente, el deseo de equivocarse al analista. Al mismo tiempo, ¡oh paradoja!, todos pensaríamos también que lo que hizo ella fue un acting out. La contradicción se resuelve, sin embargo, si consideramos que la decisión de no venir más hubiera sido lógica y racional teniendo en cuenta el error del analista, pero que tal error había sido motivado por un acting out de la mujer.

Recuerdo ahora un episodio de hace algunos años, que puede ilustrar lo que digo. Era el comienzo del análisis de una mujer de mediana edad, más melancólica que bella, que en medio de una sesión se levantó del diván para ir a buscar sus cigarrillos. Con la proverbial mentalidad psicoanalítica yo la vi recorrer los cuatro o cinco pasos desde el diván al escritorio donde estaba su cartera y volver a acostarse. Episodios como este son más que frecuentes en la práctica de todos los analistas y, por lo general, se agotan en alguna interpretación convencional. Lo inesperado en aquel caso fue la muy vívida fantasía que yo tuve: me ponía de pie, iba a su encuentro y la abrazaba y la besaba sin miramientos. Vuelta al diván la paciente habló una vez más de uno de sus temas preferidos: yo le resultaba insoportable por mi frialdad, mi severidad y mi técnica. Soy una máquina, un robot al que sólo le importa cumplir no se sabe qué absurdos postulados. Prefería mil veces a su analista anterior que, aunque incompetente, era por lo menos humano. Y agregé algo que me impresionó fuertemente: «Cuando me levanté del diván pensé fugazmente que usted iba a pretender tocarme y besarme y entonces sí que yo lo dejaba plantado allí mismo y no volvía más».

Una persona puede levantarse del diván para ir a buscar los cigarrillos

simplemente porque tiene ganas de fumar y esto puede ser una acción racional (dejando de lado los motivos neuróticos o psicóticos del hábito de fumar). Si la impulsa, en cambio, un deseo de aliviar su angustia o distraer su atención, podremos decir que se trata de un acto neurótico. Empero, si la fantasía inconciente es sacar literalmente de su sitio al analista, como en este caso, entonces y sólo entonces corresponde calificar a esta acción de acting out. Digamos de paso que la paciente siguió quejándose de mi frialdad y exigiéndome pruebas directas de afecto hasta que harta de mí, dejó el tratamiento unos meses después.

Nótese que el acting out de mi analizada es, según mi criterio, la intención de hacerme equivocar, el ataque a mi tarea, que por lo demás ella entiende muy bien. Lo que ella no quiere es que yo sea un analista competente y en cuanto lo logre dejará con toda razón de venir. Prefería mil veces la inconsistencia y los deslices de su analista anterior a mi técnica insoportable y deshumanizada.

Lo que presta al acting out su cualidad específica es, pues, a mi juicio, la intención (desde luego inconciente) de atacar la tarea, de hacerla imposible. Creo que en estos casos pueden registrarse todas las características que distinguen el acting out de la conducta neurótica. Es característico del acting out que pone en una situación comprometida al analista, lo que siempre crea fuertes conflictos de contratransferencia. Como ya vimos, en nuestro primer caso esa situación era virtualmente insoluble, porque si el analista se apartaba del contrato dejaba de ser analista y si no lo hacía también, ya que entonces la analizada se iría porque su rigidez le había impedido comprender que ella no podía torcer la voluntad de su terco marido. Un rasgo definitorio del acting out es, pues, que pone al analista ante hechos que lo obligan a actuar.

De esta forma volvemos a la primera caracterización freudiana: que Dora *actuó* una porción de sus recuerdos y fantasías *en lugar* de reproducirlos en la cura. Por esto digo yo que el acting out es fundamentalmente un ataque a la tarea, algo que se hace *en lugar de* la tarea analítica —o de la tarea a secas—. Es una acción que se opone a la que supuestamente se espera. Zac (1968) considera que es característico del acting out el ataque al setting. Yo coincido con esta opinión, si bien creo que el setting queda atacado en cuanto garante de la labor analítica.

En otras palabras, para definir el acting out en términos metapsicológicos, es necesario referirlo al proceso analítico y al setting. Como el de perversión, el diagnóstico de acting out no puede hacerse fenomenológicamente sino en términos metapsicológicos.

9. Acting out y transferencia

Tal vez la relación entre el acting out y la transferencia sea el punto donde suajan todas las controversias. Los dos conceptos aparecen siempre juntos en los trabajos de Freud, desde el «Epílogo» (1905) hasta

el *Esquema del psicoanálisis* (1940a). A veces Freud parece que los contrapone, otras que los homologa y otras, tal vez, que los confunde.

Un primer paso para evitar equívocos será, entonces, comparar ambos términos, acting out y transferencia. Transferencia es más amplio, más abarcativo. Todo lo que el analizado piensa, dice o hace movido por la compulsión a la repetición es transferencia y, en principio, no cabe dudar que el acting out queda dentro de esta definición. Lo que se repite en el acting out es, sin embargo, justamente, una intención de ignorar al objeto, de alejarse de él, y esta será una de sus notas definatorias. La transferencia repite para recordar, el acting out para no hacerlo; la transferencia comunica, el acting out no. Que el analista sea de todos modos capaz de descubrir el sentido de un acting out no implica que esa fuera la intención del analizado. La transferencia va hacia el objeto, el acting out se aleja del objeto.

En resumen, podemos establecer ahora algunas conclusiones: 1) tanto la transferencia como el acting out derivan de la compulsión a la repetición; 2) la transferencia es un concepto más abarcativo y, por tanto, todo acting out es una transferencia, pero no al revés, y 3) el acting out responde a intenciones especiales, que hacen aconsejable mantenerlo como un tipo especial de conducta repetitiva.

En el próximo capítulo trataremos de ver hasta qué punto estas precisiones llegan a justificarse.

53. Acting out (II)

En el capítulo anterior tratamos de exponer cómo surgió el concepto de acting out en los escritos de Freud tomando como punto de referencia los actos de término erróneo (1901b), el «Epílogo» de «Dora» (1905e) y «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g). Vimos también que la antinomia recuerdo/repetición parece alimentar a la vez los conceptos de acting out y transferencia, que a veces se superponen y otras se separan en el pensamiento freudiano. Repasamos también el ensayo de 1945 donde Fenichel se esfuerza en deslindar los conceptos de transferencia, acting out y acto neurótico sin llegar cabalmente a lograrlo. Propuse, por último, algunas precisiones discutibles y provisionarias para orientarnos en nuestra discusión.

1. Los primeros aportes de Anna Freud

Unos años antes del ensayo de Fenichel, Anna Freud abordó el tema del acting out y de la transferencia en *El yo y los mecanismos de defensa* (1936), más precisamente en el capítulo 2, «La aplicación de la técnica analítica al estudio de las instancias psíquicas». En este caso, como en todo su libro, Anna Freud aplica lúcidamente la doctrina estructural, tratando de ordenar los conceptos con arreglo a la teoría y a la clínica.

Destaqué en su momento el aporte decisivo de Anna Freud al tema de la transferencia al distinguir entre transferencia de impulsos y transferencia de defensas en cuanto expresiones contrapuestas del ello y el yo. Me toca ahora mencionar que, junto a esas dos categorías, la autora distingue un tercer tipo, *la actuación en la transferencia (acting in the transference)*. Es esta una tercera forma de transferencia, que Anna Freud prefiere distinguir de las otras dos. Hay momentos en que se intensifica la transferencia, y el paciente se sustrae a las severas normas de la técnica analítica y comienza a actuar en la conducta de su vida diaria tanto los impulsos instintivos como las reacciones defensivas contra los sentimientos transferenciales. «A este proceso, que hablando con estrictez sucede fuera ya del análisis, lo denominamos “actuación en la transferencia”» (*El yo y los mecanismos de defensa*, pág. 38).¹

¹ «Now an intensification of the transference may occur, during which for the time being the patient ceases to observe the strict rules of analytic treatment and begins to act out in the behavior of his daily life both the instinctual impulses and the defensive reactions which are embodied in his transferred affects. This is what is known as acting in the transference».

El acting out puede ofrecer al analista un valioso conocimiento del enfermo pero no resulta muy útil para la marcha de la cura y es difícil de manejar. Por esto el analista debe tratar de restringir el acting out lo más posible, sea por medio de las interpretaciones analíticas o recurriendo a las no muy analíticas prohibiciones.²

Anna Freud separa el acting out como forma especial de la transferencia por dos razones: se sale del marco de la cura y resulta difícil de manejar, hasta el punto de que a veces es necesario contrarrestarlo con prohibiciones. Si bien Anna Freud le da importancia a que el acting out transcurre fuera del ámbito analítico, su criterio no es meramente espacial o geográfico, ya que liga esa condición a un máximo de resistencia y un mínimo de insight. Aunque tal vez esté llevando agua para mi molino, me atrevería a afirmar que Anna Freud señala como una característica del acting out su intención de no aportar información.

2. Las últimas opiniones de Freud

Creo que las reflexiones de Anna pueden haber influido en el pensamiento de su padre cuando volvió al tema en los últimos años de su vida. Vale la pena estudiar con detenimiento lo que dice Freud en el *Esquema del psicoanálisis* (1940a), no sólo porque están allí, sin duda, sus últimas referencias escritas sobre el tema, sino también porque este ensayo, que Freud escribió en 1938 y no llegó a terminar, se considera una exposición muy valedera y casi testamentaria del creador del psicoanálisis.³

La parte II de la obra se ocupa de la práctica psicoanalítica y en el capítulo VI, «La técnica del psicoanálisis», habla de la situación analítica, de la transferencia y del acting out. Estos dos últimos conceptos se exponen simultáneamente y Freud no salva, por cierto, esta vez, las oscuridades que ya señalamos en escritos anteriores.

Dice Freud textualmente: «Es muy indeseable para nosotros que el paciente, fuera de la transferencia, *actúe* en lugar de recordar; la conducta ideal para nuestros fines sería que fuera del tratamiento él se comportara de la manera más normal posible y exteriorizara sus reacciones anormales sólo dentro de la transferencia» (AE, 23, págs. 177-8).

En este texto creo yo advertir la influencia de Anna Freud cuando el creador delimita una actuación que tiene lugar dentro de la transferencia y otra que transcurre fuera, a la que califica de inconveniente.

El párrafo es oscuro y puede ser leído de diversas formas; pero no hay

rence —a process in which, strictly speaking, the bounds of analysis have already been overstepped» (*Writings*, vol. 2, pág. 23).

² «It is natural that he should try to restrict it as far as possible by means of the analytic interpretations which he gives and the nonanalytic prohibitions which he imposes» (*ibid.*, pág. 24).

³ Se discute si Freud inició el manuscrito antes de salir de Viena, pero se sabe con seguridad que, en su mayor parte, fue escrito poco después de su llegada a Londres.

duda de que Freud incurre en cierta inconsistencia cuando dice que es inconveniente que el analizado actúe fuera de la transferencia en lugar de limitarse a recordar. Debería haber dicho en lugar de limitarse a hacerlo dentro de la transferencia: fuera del tratamiento no se le pide al analizado que recuerde sino que no actúe.

Una página antes había dicho Freud: «Otra ventaja de la transferencia es que en ella el paciente escenifica ante nosotros, con plástica nitidez, un fragmento importante de su biografía, sobre el cual es probable que en otro caso nos hubiera dado insuficiente noticia. Por así decirlo, actúa (*agieren*) ante nosotros, en lugar de informarnos» (*AE*, 23, pág. 176).⁴

Se ve aquí claramente que Freud piensa ahora que la repetición transferencial, que en este contexto llama *agieren*, es superior al recuerdo (es decir a lo que el paciente refiere), dado que escenifica ante nosotros un trozo de su pasado con plástica nitidez. El *agieren*, que es «muy inconveniente fuera de la transferencia» en la cita de las páginas 177-8, no lo era en la página anterior, donde hasta deja de ser una resistencia y resulta superior al recuerdo, que siempre es insuficiente. Puede pasar inadvertido que, en este punto, se ha invertido el apotegma de 1914: la resistencia consiste en que el analizado *refiera* (recuerde) *en lugar de actuar en la transferencia*.

Me he detenido en estas dos citas complejas y he señalado sus inconsecuencias, porque pasarlas por alto lleva a discusiones inoperantes. En cuanto acentuemos ciertos párrafos del texto y dejemos otros de lado, quedará nuestra opinión personal apoyada por la autoridad de Freud. Lo mismo vale para el ensayo de 1914 o para el epílogo de 1905.

Yo me inclino a pensar que la transferencia y el acting out son dos términos teóricos indispensables, que Freud formuló sin llegar a resolver todos sus enigmas. Lo importante es que nosotros —concientes de nuestros límites— tratemos de seguir adelante, sin pretender que nuestro Freud imaginario venga a resolver los problemas en una especie de *après coup*.

3. Acting out, comunicación y lenguaje

Un lustro después del escrito de Fenichel aparece la brillante contribución de Phyllis Greenacre en el *Psychoanalytic Quarterly*. Siguiendo la definición de Fenichel, define el acting out como una forma especial de recuerdo donde las memorias del pasado se reactualizan de manera más o menos organizada y a menudo sólo apenas encubiertas (1950, pág. 456). Sin conciencia alguna de que su conducta está motivada por recuerdos, el sujeto la encuentra plausible y apropiada, mientras resalta para los demás su desajuste.

⁴ «Another advantage of transference, too, is that in it the patient produces before us with plastic clarity an important part of his life-story, of which he would otherwise have probably given us only an insufficient account. He acts it before us, as it were, instead of reporting it to us» (*SN*, 21, págs. 171-6)

Fenichel había separado el acting out de la transferencia porque en uno predomina la acción y en la otra los sentimientos, y había sostenido que el acting out descansa en tres condiciones: disposición aloplástica, quizá de naturaleza constitucional, fijación oral con elevadas necesidades narcisísticas e intolerancia a la tensión y traumas tempranos.⁵ Los traumas tempranos condicionan una conducta repetitiva en que el acting out opera como un mecanismo abreactivo similar al de las neurosis traumáticas.

Greenacre sigue los pasos de Fenichel y agrega a estas tres condiciones otras dos, a saber: una tendencia a la dramatización a través de una gran sensibilidad visual y una marcada creencia inconciente en los actos mágicos. Son personas que creen que basta con dramatizar algo para que se convierta en verdad. Si yo me hago pasar por multimillonario, lo soy. En los individuos que tienen tendencia al acting out el sentido de la realidad se muestra particularmente insuficiente.

Greenacre ubica en el segundo año de la vida el momento en que puede organizarse la tendencia al acting out, en cuanto en ese momento confluyen tres circunstancias hondamente significativas: locuela, deambulación y entrenamiento esfinteriano.

Cuando se juntan las perturbaciones de los primeros meses de la vida que incrementan las pulsiones orales, disminuyen la tolerancia a la frustración y aumentan el narcisismo, con los conflictos del segundo año, están dadas las condiciones para que aparezca la tendencia al acting out. El desarrollo del lenguaje queda inhibido y, paralelamente, aumenta la tendencia aloplástica a la descarga. «La capacidad para verbalizar y para pensar en términos verbales parece representar un avance enorme no sólo en la economía de la comunicación sino también en el correcto enfoque de las emociones que se asocian con el contenido del pensamiento».⁶ Estas circunstancias, concluye la autora, son de capital importancia para entender los problemas del acting out, donde existe siempre una desproporción entre la verbalización y la actividad motriz. Vale la pena señalar aquí que esta línea de investigación coincide con la de Liberman al estudiar la personalidad de acción y el estilo épico, como vimos en el capítulo 34.

4. El acting out y los objetos primarios

El acting out no es un tema que haya preocupado especialmente a Melanie Klein, aunque después sus discípulos lo estudiaron, en especial Rosenfeld.

Cuando analizó a Félix por su tic en los primeros años de la década del veinte, antes de haber creado la técnica del juego, Klein le impone ciertas prohibiciones para asegurar la continuidad del análisis, ya que las

⁵ *Collected papers*, second series, págs. 300-1.

⁶ *Ibid.*, págs. 461-2.

elecciones de objeto del niño tenían el propósito de huir de las fantasías y los deseos que en ese momento se dirigían a la analista en la transferencia.⁷ En este punto Klein expone implícitamente su concepción del acting out, a la que va a volver en 1952, también fugazmente, cuando escribe «The origins of transference». Cuando afirma que la transferencia hunde sus raíces en las etapas más tempranas del desarrollo y en las capas más profundas del inconiente Melanie Klein sostiene que el paciente tiende a manejar los conflictos que se reactivan en la transferencia con los mismos métodos que usó en su pasado. Una de las tesis de este conciso y vigoroso artículo es que la transferencia no debe ser entendida sólo en términos de las referencias directas al analista en el material. En cuanto hunde sus raíces en las etapas más tempranas del desarrollo y brota de las capas profundas del inconiente, la transferencia es más ubicua de lo que suele creerse y se la puede extraer de lo que el analizado dice, de los acontecimientos de su vida diaria y de todas sus relaciones. Estas relaciones, afirma Klein, tienen que ver con la transferencia; y es aquí donde hace una referencia concreta al acting out: «Porque el analizado tiende a manejar los conflictos y ansiedades reactualizados frente al analista con los mismos métodos que usó en el pasado. Es decir, se aleja del analista como intentó alejarse de sus objetos primarios; trata de disociar la relación con él tomándolo ya sea como una figura buena o mala: desvía algunos sentimientos y actitudes vivenciadas con el analista sobre otras personas de su vida corriente, y esto es parte del "acting out"».⁸

Estas referencias son demasiado sucintas para saber qué piensa Klein del acting out, pero se puede afirmar que lo ve como una forma especial de transferencia que lleva al analizado a alejarse del analista como se alejó de los objetos primarios.

5. Acting out parcial y excesivo

Con su erudición habitual pero con menos precisión que otras veces, Rosenfeld (1964a) aborda el tema del acting out apoyado en Freud y Klein.

Leyendo a Freud en una forma determinada, como hacemos todos, Rosenfeld no duda ni por un momento que repetición, transferencia y acting out son lo mismo. Resuelto drásticamente este problema, se le plantea a Rosenfeld otro al modo de retorno de lo reprimido, que lo lleva a clasificar el acting out en parcial y excesivo. El acting out *parcial* no sólo es inevitable sino de hecho una parte esencial de un análisis efectivo y sólo cuando aumenta y se hace *excesivo* pone en peligro al paciente y al análisis (*Psychotic states*, pág. 200). Para mantener su clasificación, Rosenfeld dirá que cuando Freud se declara partidario de reducir el acting

⁷ Véase «The psychogenesis of lies», 1923 (*Writings*, vol. 1, pág. 115).

⁸ *Writings*, vol. 1, pág. 946

out está hablando del acting out excesivo, ya que «un poco de acting out es una parte importante y necesaria de todo análisis» (*ibid.*, pág. 201; *Revista de Psicoanálisis*, pág. 425).

Rosenfeld cree que haciendo una diferencia cuantitativa entre un acting out chico y un acting out grande salva las dificultades, pero en realidad no es así. El punto débil de su argumentación es que unifica en un solo concepto dos procesos diametralmente opuestos: el acting out parcial que expresa la colaboración del paciente y el acting out excesivo que pone en peligro el análisis. Para referirse al acting out excesivo Rosenfeld emplea la palabra *disastrous*, por demás expresiva.⁹ Las palabras «parcial» y «excesivo» implican diferencias cuantitativas; pero los conceptos de Rosenfeld son cualitativos, y más aún, diametralmente opuestos.

Veo otro inconveniente en la clasificación de Rosenfeld y no creo que sea de poca monta: cuándo vamos a clasificar a un acting out de parcial o excesivo. ¿Vamos a decir, acaso, que si el paciente llega dos minutos tarde el acting es parcial y si llega veinte minutos tarde es excesivo? Yo creo que lo que tenemos que comprender es la estructura de esta situación y no el aspecto fenomenológico de la tardanza: veinte minutos y dos minutos pueden tener el mismo valor metapsicológico, aunque tal vez en el primer caso el resultado para la sesión sea *disastrous* y en el otro no. Por la índole misma de su clasificación, Rosenfeld está más expuesto de lo que él cree a juicios subjetivos e ideológicos.

Apoyado en lo que dijo Klein en 1952, Rosenfeld considera que el paciente repite con el analista la manera en que se alejó de su objeto primario y agrega que el acting out será parcial o excesivo según el grado de hostilidad con que el niño se alejó inicialmente del pecho de la madre.

Aquí Rosenfeld hace una contribución interesante al señalar que del grado de hostilidad con que el niño se aleje del pecho dependerá el destino de sus futuras relaciones; pero creo que vuelve a equivocarse al pensar que *todo* alejamiento es un acting out. Dentro de la teoría kleiniana, alejarse del pecho marca un momento culminante del desarrollo infantil, el pasaje del pecho al pene; y, en cuanto proceso necesario de la maduración, configura un acto normal (y racional), nunca un acto neurótico o un acting out. Lo que dijo Klein en 1952, es que el alejamiento del analista reproduce el alejamiento del objeto primario y ese especial tipo de transferencia es parte del acting out. Cuando se alcanza la posición depresiva el sujeto no se «aleja» del objeto sino que lo pierde y pena por él. Klein se refiere a un alejamiento agresivo, prematuro y patológico, que supone abandonar al objeto por odio, con omnipotencia y desprecio. Yo creo, por tanto, que sólo cuando el proceso normal del duelo por el pecho no se cumple el alejamiento debe conceptuarse como acting out.

⁹ En la versión española se lee «un nefasto acting out».

6. Los relatos del Congreso de Copenhague

En el XXV Congreso Internacional, que tuvo lugar en Copenhague en julio de 1967, se realizó un simposio sobre *Acting out and its role in the psychoanalytic process* (El papel del acting out en el proceso psicoanalítico), del que fueron relatores Anna Freud y León Grinberg y donde participaron otros analistas de primera línea. En la comunicación de Anna Freud la inquietud principal está puesta en la delimitación del concepto, mientras que el escrito de Grinberg aporta un rico material clínico como punto de partida de una discusión teórica donde la angustia de separación va a ser entendida como un factor decisivo, a la luz de la teoría de la identificación proyectiva.

En su intento de esclarecimiento Anna Freud parte de un hecho histórico cierto, los términos teóricos del psicoanálisis varían con la extensión de las teorías mismas, lo que no siempre advertimos al usarlos. Recuerdese, dice Anna Freud, el destino contrario que tuvieron el concepto de transferencia, que se fue expandiendo hasta llegar a significar *todo* lo que pasa entre analista y analizado, y el de complejo, que inicialmente abarcaba una amplísima gama de sucesos para quedar restringido con el paso del tiempo al Edipo y a la castración solamente.

En «Recordar, repetir y reelaborar», el acting out queda definido en contraposición al recuerdo como una apremiante urgencia de repetir el pasado olvidado, no sólo reviviendo (*re-living*) las experiencias emocionales transferidas al analista sino también en todo el ámbito de la situación actual. Se entendía que el acting out remplazaba la capacidad o el deseo de recordar en función de la resistencia, de modo que cuanto mayor sea esta más extensamente remplazará el acting out al recuerdo (*AE*, 12, pág. 153).

Anna Freud considera que esta definición es clara si se la entiende en el marco de las teorías de la época, donde la recuperación de los recuerdos todavía ocupa un lugar importante, junto al conflicto dinámico de la lucha de tendencias. A veces, el pasado olvidado o los derivados de la pulsión podían obtenerse interpretándolos, de modo que ingresaran a la conciencia alcanzando el nivel del proceso secundario.

Otras veces, en cambio, los contenidos psíquicos reprimidos sólo pueden obtenerse reviviéndolos (*in the form of being re-lived*) en la transferencia. «El resultado será una repetición del pasado en la conducta, repetición empero sobre la cual las reglas analíticas tendrán vigencia» (1968, pág. 166). En este caso el acting out se limita a la vivencia (*re-experiencing*) de los impulsos y afectos y al restablecimiento de las demandas y actitudes infantiles; pero se detiene justo antes de que aparezca la acción muscular, dejando intacta la alianza de trabajo. «Dentro de estas limitaciones, el acting out en la transferencia fue reconocido desde los primeros tiempos como un agregado indispensable al recuerdo» (*ibid.*). Como en el caso anterior, el objetivo del analista es también aquí captar las revivificaciones (*revivals*) en cuanto emergen, ahora como conducta, para interpretarlas incorporando el material que viene del ello a los confines del yo.

Hay una tercera posibilidad que importa el fracaso de los esfuerzos del analista, cuando el poder del pasado olvidado o, más bien, de la fuerza de los impulsos reprimidos sobrepasa los límites impuestos a la acción muscular. En la transferencia, esto puede significar la ruptura de la alianza de tratamiento y el punto final del análisis. El otro inconveniente de este tipo de acting out es que no se limita a la situación analítica e invade la vida ordinaria del paciente, lo que puede ser muy peligroso.

En resumen, al ubicar el concepto de acting out en el marco de las teorías clásicas al comienzo de la Primera Guerra Mundial, Anna Freud distingue tres tipos o grados, que tienen que ver con la intensidad de la resistencia y la estabilidad de la alianza de tratamiento, intentando dar coherencia al pensamiento de Freud de aquellos años. Aunque no homologue la transferencia con el acting out, como Rosenfeld o Gioia, nuestra autora tiene que establecer dos (o tres) categorías distintas de acting out, donde la primera ayuda al tratamiento y la segunda daña.

Luego de sus pormenorizadas reflexiones sobre los orígenes del término, Anna Freud afirma que el concepto de acting out tuvo que irse expandiendo al compás de las nuevas teorías. En cuanto se afianza el principio técnico de que el análisis de la transferencia es el campo fundamental de la terapia analítica, se va abandonando insensiblemente la dialéctica de recuerdo versus repetición porque prevalece el pensamiento de que repetir en la transferencia es la forma más idónea de recordar. Del mismo modo, la creciente importancia que ha cobrado en el análisis contemporáneo la relación del niño con la madre en el estadio preedípico del desarrollo refuerza la importancia de la conducta motora, pues esos hechos no fueron verbales y sólo pueden comunicarse con actos (*re-enactement*).

Otro factor que ha contribuido a ampliar el concepto de acting out es que las nuevas teorías de los instintos prestan más importancia que antes a la agresión, la cual por definición se canaliza especialmente por el sistema muscular, esto es por la acción. También el desarrollo de la psicología del yo y la atención creciente en su funcionamiento ha llevado a observar con más detenimiento la conducta y el carácter de nuestros analizados; lo mismo que el análisis de niños, adolescentes y psicóticos, donde los conflictos se canalizan frecuentemente por vía de la acción.

7. Los aportes de Grinberg

Los aportes de Grinberg, sin duda los más novedosos del simposio, intentan explicar el acting out y dar cuenta de sus mecanismos específicos.

Grinberg empieza por señalar que más allá de las connotaciones peyorativas del término que tienden a homologarlo con la mala conducta del analizado, lo cierto es que hay autores que señalan el carácter maligno del acting out, mientras que otros subrayan su naturaleza comunicativa y adaptativa. Se ocupará especialmente del acting out masivo, que provoca fuertes reacciones contratransferenciales.

La angustia de separación en el origen del acting out fue señalada por varios autores de esa época, como Bion (1962b), Greenacre (1962) y Zac (1968).¹⁰ Grinberg sigue resueltamente esa línea y afirma que una de las raíces esenciales del acting out parte de experiencias de separación y de pérdida, que determinaron en su momento duelos primitivos no elaborados. Cuando este tipo de conflicto se reactualiza en la transferencia, el analizado utiliza al analista como objeto (continente) donde vuelca el dolor de la separación y la pérdida; pero cuando el analista no está se transforma en un elemento beta que tiene que ser evacuado en otro objeto, con lo que se configura el acting out.¹¹ A veces, el objeto continente está representado por el propio cuerpo y entonces aparecen síntomas psicósomáticos o hipocondría como *equivalentes del acting out*. Cuando es un sueño lo que funciona de continente tenemos lo que Grinberg llama *sueños evacuativos*, muy distintos de los sueños elaborativos.¹²

Como se desprende de lo anterior, Grinberg considera que la identificación proyectiva es el mecanismo básico del acting out, en cuanto permite evacuar en el objeto las partes del self que no se pueden contener y tolerar. Si el analista es capaz de tolerar dentro de sí las proyecciones del analizado y se las devuelve adecuadamente, el proceso analítico sigue su curso, con el consiguiente desarrollo del insight y la elaboración. En otras circunstancias, sin embargo, el desenlace es diferente y, entonces, el acting out «se mantiene y se agrava por un déficit especial en el interjuego transferencia-contratransferencia» (Grinberg, 1968, pág. 691).¹³ Varios motivos pueden explicar esta falla del analista, desde su falta de *rêverie* y su complicidad inconciente hasta una severidad que lo lleva a prohibir en lugar de comprender e interpretar; pero en todos los casos opera el mecanismo de la contraidentificación proyectiva descrito por el mismo Grinberg (1956, 1957, etc.).

Grinberg recuerda lo dicho por Phyllis Greenacre en su trabajo al Simposio de Boston de 1962 titulado «Problems of acting out in the transference relationship», quien había llegado a conclusiones similares a partir de un esquema referencial por cierto bien distinto: «...se pone a prueba al analista en un esfuerzo agotador para comprobar hasta dónde llega realmente el límite de su tolerancia. Este desempeño adquiere una forma de pataleta, pero de una clase especial en la cual hay una implacable demanda de reciprocidad y de descarga a través de, o con el otro, el analista. Comprendemos aquí una significación especial del término identificación proyectiva. A veces existe claramente una fantasía de castigo detrás de esa provocación» (*A developmental approach to problems of acting out*, 1978, pág. 223, traducción personal).

¹⁰ Los elementos beta de Bion sólo sirven para la evacuación a través de la identificación proyectiva y la producción de acting out.

¹¹ A iguales conclusiones llega Zac en el trabajo recién citado, cuyo material clínico es sumamente ilustrativo.

¹² Grinberg *et al.* (1967).

¹³ El trabajo de Grinberg se publicó en la *Revista de Psicoanálisis* y en el *International Journal* de 1968.

A partir de Fenichel, muchos autores señalaron la participación del analista en el acting out, desde Bird (1957) a Rosenfeld (1964a), y Grinberg concluye que «los modos de funcionamiento de la identificación proyectiva y de la contraidentificación proyectiva configuran mecanismos esenciales en la dinámica del particular tipo de relación objetal que se establece en los fenómenos de acting out» (*Revista de Psicoanálisis*, pág. 693). Para subrayar la peculiaridad de este fenómeno Zac (1968, 1970) dice plásticamente que el acting out *inocula* al receptor.

Al resumir la dinámica del acting out masivo, Grinberg señala la intolerancia al dolor psíquico frente a la experiencia de pérdida, que busca una descarga a través de la identificación proyectiva en un objeto que puede responder a su vez con una actuación. Son pacientes narcisistas que mantienen vínculos idealizados donde alternan la admiración, la avidez y la envidia. Combinan en sus mecanismos defensivos actitudes maniacas denigratorias con una disociación entre el aspecto omnipotente del self y el self más adaptado a la realidad, que pueden también calificarse de parte psicótica y neurótica respectivamente, siguiendo a Bion (1957). Este tipo particular de relación de objeto es sumamente lábil y entra en crisis ante la primera experiencia de pérdida y frustración, que lleva a evacuar en el objeto la porción del self que porta los sentimientos penosos (parte neurótica). Si bien el acting out proporciona información, cuando el mensaje de la parte neurótica queda anulado por el ataque de la parte psicótica, el acting out configura un tipo especialmente tenaz de resistencia.

El acting out, concluye Grinberg, se construye como un sueño, en cuanto ciertos elementos de la realidad se transforman regresivamente en proceso primario. En este sentido, el acting out es como un sueño dramatizado y actuado durante la vigilia, un sueño que no pudo ser soñado.

54. Acting out (III)

En los dos capítulos anteriores intenté exponer el concepto de acting out con una perspectiva histórica que nos llevó desde el «Epílogo» de «Fragmento de análisis de un caso de histeria» y «Recordar, repetir y reelaborar» hasta el Simposio de Copenhague. Incluí en esa reseña una serie de aportes de primera magnitud pero no fui capaz de integrar otros que sé no menos importantes.

En el presente capítulo empezaré por citar las opiniones de Laplanche y Pontalis, que considero una contribución significativa para aproximarse a este complejo concepto, y luego trataré de proponer una síntesis de lo que se piensa actualmente del acting out —o al menos de lo que pienso que se piensa—.

1. El concepto de acting out en el *Vocabulaire*

En su *Vocabulaire de la psychanalyse* Laplanche y Pontalis (1968) consagran dos entradas al acting out, tratando de señalar los grandes problemas teóricos que plantea este concepto y las ambigüedades que se advierten en todos los autores que lo trataron, sin excluir por cierto a Freud. Apuntando a delimitar el concepto Laplanche y Pontalis proponen esta definición: «Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o hetero-agresiva. En el surgimiento del *acting out* el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella) el *acting out* debe comprenderse en la conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente a esta». (*Diccionario de psicoanálisis*, pág. 6).

Según esta definición, el acting out puede existir independientemente del tratamiento psicoanalítico y, cuando aparece en el curso del análisis, puede ser dentro o fuera de la sesión. Además, durante el análisis el acting out está ligado a la transferencia y a veces configura una tentativa de desconocerla radicalmente.¹

¹ English y English, en su *Diccionario*, consideran que transferencia y acting out son la misma cosa. En su *Glossary*, Moore y Fine (1968) definen el acting out como la tendencia

El *Vocabulaire* recuerda que Freud afirma en el *Esquema* (1940a) que es indeseable que el analizado actúe fuera de la transferencia; y, por esto, dicho sea de paso, recomendaba no tomar decisiones importantes durante el tratamiento.

A continuación dice el *Vocabulaire*: «Una de las tareas del psicoanálisis sería la de intentar basar la distinción entre transferencia y *acting out* en criterios diferentes a los puramente técnicos o meramente espaciales (lo que ocurre en el despacho del analista o fuera del mismo); esto supondría, sobre todo, una nueva reflexión sobre los conceptos de acción, de actualización y sobre lo que define los diferentes modos de comunicación.

»Sólo después de haber esclarecido en forma teórica las relaciones entre el *acting out* y la transferencia analítica, se podría investigar si las estructuras descubiertas son extrapolables fuera de toda referencia a la cura; es decir, preguntarse si los actos impulsivos de la vida cotidiana no podrían explicarse en conexión con relaciones de tipo transferencial» (*ibid.*, pág. 8).

He reproducido las ideas del *Vocabulaire* porque proponen, creo yo, todo un programa para reubicar conceptualmente el *acting out*, reconociendo que es una tarea sumamente difícil en que se juntan las complejidades de la teoría y las sutilezas de la praxis con no pocos prejuicios.

2. Acting out y acción

No son para nada sencillas las relaciones entre *acting out* y acción. Razón tenía Hartmann (1947) cuando afirmaba al comienzo de «On rational and irrational action» que no teníamos entonces (y seguramente tampoco hoy) una teoría psicoanalítica sistemática de la acción. Hartmann señaló en su ensayo que toda acción nace del yo, aun las que responden a demandas instintivas y afectivas, y tiene siempre un objetivo. De modo que el remplazo de la respuesta motora por acciones organizadas es una parte esencial del desarrollo del yo, del remplazo del principio del placer por el principio de la realidad. Si bien toda acción tiene su punto de partida en el yo, se puede definir una acción como racional cuando tiene en cuenta los objetivos y la realidad en que debe alcanzárselos, sopesando al mismo tiempo las consecuencias, sea a nivel consciente o preconsciente, así como también valorando equilibradamente los medios disponibles. La acción racional pertenece al reino del proceso secundario y el mayor grado en que una conducta pueda ser calificada de racional es

de ciertas personas a reproducir sus recuerdos olvidados, actitudes y conflictos por medio de la acción y no de las palabras, sin tener conciencia de lo que les pasa. Distinguen el *acting out* en la transferencia, cuando el destinatario es el analista, del *acting out* fuera de la transferencia, donde el fenómeno se dirige a otras personas pero permanece ligado a la situación analítica.

cuando no sólo es sintónica con la realidad objetivamente, sino también subjetivamente (pág. 50).

Después del Congreso de Copenhague, Daniel Lagache (1968) se ocupó de las complejas relaciones entre acting out y acción, señalando que no se puede caracterizar el acting out como una acción tendiente a descargar impulsos porque toda acción implica descarga de impulsos. El acting out se refiere a acciones concretas y particulares que responden a un determinado modelo latente, porque «el acting out no es un modelo psicológico sino metapsicológico...» (pág. 784).

El modelo metapsicológico del acting out para Lagache es la *parada*, es decir, una representación de fantasías o recuerdos inconcientes por medio de actos que dejan traslucir lo que ocultan. Con el vocablo *parada* Lagache denota las intenciones de mostrar y representar como en la parada militar o en la representación teatral; y aun podría decir que emplea la palabra como cuando nosotros aludimos en lenguaje popular a alguien que muestra lo que no tiene. En contraposición a la *parada* del acting out, Lagache propone la *acción verdadera* que realiza las intenciones objetivas y racionales que marcan la relación entre el agente y su acción.

Las precisiones de Lagache son valederas en cuanto sindicán al acting out como concepto metapsicológico; pero no me parece feliz referirlo a una fantasía inconciente de parada. La parada es aplicable a la histeria y no al acting out. Lo que para mí los diferencia es que la intención comunicativa de la histeria no pertenece al acting out. Si lo seguimos a Lagache, la histeria y el acting out se superponen. Yo creo que la especificidad metapsicológica del acting out debe buscarse en las *intenciones* con que se realiza esa acción, cuáles son los objetivos que persigue. No hay que confundir, pues, el acting out con el despliegue teatral, que siempre tiene intención comunicativa.

También Leopold Beliak (1965) basa la definición del acting out en lo motor, en la acción, cuando dice que el acting out es una aserción somática de un contenido no verbal (*somatic statement of non-verbal content*), aunque este autor borra por completo, me parece, la diferencia entre acto neurótico, síntoma motor y acting out.

3. Las intenciones del acting out

Para delimitar el concepto he partido de una premisa simple, que todo acting out es un acto neurótico (irracional) pero no todo acto neurótico es acting out. Se puede afirmar, por cierto, que no hay diferencia entre conducta neurótica y acting out; pero, entonces, ¿para qué seguir hablando de acting out? Si aceptamos en cambio que los dos conceptos son distintos, surge lógicamente esta pregunta: ¿qué transforma al acto neurótico en acting out?

Para responder a esta pregunta que es también definir el acting out, yo hago hincapié en la frase «en lugar de», que Freud emplea en el «Ipsi

logo» y también después, en 1914, cuando dice que el paciente actúa en lugar de recordar. Es cierto que unos renglones después Freud dice que este acting out es la forma que tiene el paciente de recordar, con lo que acting out y transferencia se superponen. Intentando resolver este dilema dije ya que la transferencia y el acting out se originan en un mismo fenómeno, la repetición; pero se diferencian por la *intención*²; la transferencia repite *para* recordar, el acting out *en lugar de*. Si no se acepta esta diferencia, el acting out queda en el aire, pasa a ser un concepto fenomenológico, un tipo especial de transferencia que se hace a través de la acción, pero que no tiene especificidad y queda fuera de la metapsicología. Dejaré para más adelante las dificultades que mi propuesta plantea.

Al definir al acting out como algo que se hace *en lugar de* no me refiero desde luego exclusivamente al recuerdo, porque como dice Anna Freud (1968) hemos cambiado en este punto desde 1914 y le damos más importancia que antes al conflicto transferencial (sin desconocer la historia y los recuerdos), sino también al insight y la elaboración. «En lugar de» lo entiendo como lo que se opone a la *tarea* del análisis, sea esta recuperar recuerdos, ganar insight o (como yo creo) las dos cosas.

Como vimos en su momento, muchos autores reconocen como una de las características definitorias del acting out el ataque a la tarea o al encuadre, pero pocos lo señalaron con más precisión que Leo Rangell (1968b) en el Simposio de Copenhague. El punto de partida de Rangell es que se impone distinguir el acting out de las acciones neuróticas, concepto por cierto más abarcativo, y propone definirlo como «las acciones que el paciente emprende para resistir el avance del proceso terapéutico» (pág. 195). Rangell cree (y desde luego también yo) que esta definición es consistente con la primera formulación de Freud en 1905 cuando dice que Dora actuó sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlos en la cura. Luego de discriminar el acting out de otras conductas neuróticas en la forma que acabamos de hacerlo, Rangell define al acting out en estos términos: «El acting out es, por tanto, un tipo específico de acción neurótica dirigido a interrumpir el proceso de lograr un efectivo insight que, por tanto, aparece especialmente en el curso del psicoanálisis pero también en cualquier otra parte» (*ibid.*, pág. 197).

Rangell cree que siempre que existe fuera de la situación analítica una posibilidad de insight puede sobrevenir una respuesta análoga al acting out en el análisis; pero yo creo que el proceso es más amplio y frecuente: siempre que hacemos algo *en lugar de* la tarea que tenemos entre manos estamos incursos en acting out. Sandler *et al.* (1973) también se muestran dispuestos a extender el concepto de acting a situaciones distintas del tratamiento analítico, siempre que se adviertan los cambios de significado que tal extensión pueda acarrear. Otros autores, en cambio, Moore y Fine entre ellos, piensan que el término pierde precisión fuera del contexto de la situación analítica.

Si aceptamos que el acting out es un acto neurótico que se hace «en

² «Intención» quiere decir deseo inconciente o fantasía inconciente.

lugar de» una determinada tarea, entonces cualquier conducta que se hace en lugar de lo que corresponde será un acting out. Si la misma conducta cumple con lo propuesto, entonces ya no es un acting out. Así como la perversión sólo se puede diagnosticar metapsicológicamente, lo mismo el acting out: sólo va a ser acting out el que, más allá de la conducta neurótica que siempre implica, tenga la intención de oponerse a la tarea propuesta (recordar, ganar insight, comunicar o lo que fuere).

De esta forma, el concepto de acting out se mantiene, sin subsumirlo en el de conducta neurótica o de transferencia, ubicado en otra posición, perteneciendo a otra clase. Es una forma especial de transferencia, una clase especial de estrategia del yo. También la reacción terapéutica negativa es una parte de la transferencia; pero, sin desconocerlo, se la estudia en otro nivel y con otra metodología.

4. Acting out y comunicación

Sabemos como analistas que toda conducta nos expresa y todo lo que diga o haga me puede ser válidamente interpretado. Como siempre podemos interpretar algo a nuestros analizados (¡y a veces acertamos!) solemos olvidar que a veces el paciente tiene la intención de no comunicarnos nada.³ Cuando decíamos hace un momento que el acting out se opone a la tarea del análisis, sea esta el insight y la elaboración y/o la recuperación de los recuerdos olvidados, deberíamos haber agregado que también se opone a la tarea de comunicarse.

Por esto tiendo a separar conceptualmente el acting out de la histeria. Porque no hay que confundir la actuación en el sentido de despliegue teatral (o parada) con el acting out, que son cosas distintas. El histérico tiene tendencia a dramatizar; lo que implica comunicación; tanto es así que cuando un histérico actúa decimos que quiere llamar la atención, que se «manda la parte». La teatralidad histérica no es auténtica porque sólo tiene la pretensión de impresionarnos, pero no carece de intención comunicativa. El acting out, en cambio, no persigue fin alguno de comunicación sino de descarga y de inoculación.

5. Un risueño caso clínico

Hace muchos años, cuando tenía muy poca experiencia aunque era a veces capaz de interpretar un sueño sencillo, llegó un lunes a su sesión un hombre joven que tenía dificultades sexuales. Venía con la idea de que debería contarme que se había masturbado, lo cual no era por cierto grato para él. Decidió finalmente dejar de lado el engorroso tema y contó un

³ El Dr. Caracul dice, con razón, que el acting out nos informa pero no nos comunica.

sueño. Yo le dije que el sueño tenía que ver con la masturbación y, como el contenido manifiesto y alguna de sus escuetas asociaciones se referían al fin de semana, le sugerí que tal vez se había sentido solo los últimos días y se había masturbado. Le diagnosticué, entonces, a través del sueño, que se había masturbado y cuándo lo había hecho. Respondió él, con humor, que si hubiera sabido cómo iba a interpretar su sueño no habría tenido tantas dudas al llegar, porque venía con la idea de decirme que se había masturbado pero no se animó.

¿En qué sentido puede decirse que contar este sueño es un acting out? Yo digo que es un acting out porque *él* (y no yo) sentía que debía contarme que se había masturbado y contó el sueño *en lugar de*. Decir que él me contó el sueño simplemente para colaborar conmigo sería ingenuo: él no pensó en principio que yo lo iba a descubrir. Por esto creo que la idea de *repetir en lugar de recordar* (o *de comunicar*) es lo que define el acting out.

El ejemplo me parece valedero y por varias razones, sobre todo porque muestra que si ligamos conceptualmente el acting out con un ataque a la tarea podemos diagnosticarlo con precisión y con precisión interpretarlo. Porque es sencillo y risueño, este ejemplo nos pone a cubierto de desviaciones ideológicas, de admoniciones superyoicas y, también, de ser demasiado rutinarios y convencionales en nuestra labor. Por mucho que sepamos que el sueño es el camino más directo al inconciente (y entre paréntesis el ejemplo lo confirma una vez más) aquí resulta que contarlo es claramente un acting out si tomamos en cuenta las intenciones del analizado. Son las intenciones lo que para nosotros cuenta y no los resultados, porque no somos *behaviouristas*.

El ejemplo muestra, también, que no es la magnitud sino el sentido lo que define el acting out. Por muy pequeño, insignificante e intrascendente que sea, este es un acting out porque así lo planeó el paciente, a pesar de que le haya salido el tiro por la culata y al contar el sueño le permitió al analista hablar no sólo de la masturbación sino también del acting out.

Interpretar el acting out en este caso es decir simplemente que cuenta el sueño para no hablar de la masturbación. Esta interpretación no la dio el analista sino el paciente mismo, sin que esto cambie para nada la argumentación. La interpretación del acting out es por lo general previa a las otras, (en cuanto busca denunciar una falta de colaboración del analizado) y restablecer por medios analíticos la alianza de trabajo. Como analistas debemos ser muy tolerantes; pero nunca ingenuos. Una vez despejada esta situación básica se abre el camino para otras interpretaciones, ya que la situación analítica siempre es compleja y se rige por el principio de la múltiple función de Waelder (1936).

Cuando el analizado reconoció que había contado el sueño para no hablar de la masturbación, yo pude interpretarle no sólo la necesidad de ocultar la masturbación en términos de la transferencia paterna (o materna, no recuerdo ya) sino también el deseo de engañarme, que aparecía ligado a su convencimiento de que con un sueño siempre me dejaba contento y no corría ningún peligro. Sólo entonces pude decirle que también

existía en él un deseo de hablar de la masturbación y por eso contó el sueño. Una tarea interpretativa correcta y completa no podría nunca limitarse a interpretar el acting out sin ver también este otro aspecto. Sería, sin embargo, un grave error decirle, por ejemplo, que el sueño era «en el fondo» un deseo de colaborar. Esta interpretación es a todas luces incorrecta y, para mí, importa tanto como presentarse como un padre idealizado que permite y estimula la masturbación. En otras palabras, interpretar el acting out es básicamente atender a un fragmento de la transferencia negativa. No hay que perder de vista que si el joven ejecutivo de mi ejemplo hubiera pensado que yo iba a descubrir la masturbación a través del sueño podría no haber hablado ni de la masturbación ni del sueño. Digamos, por último, que no animarse a hablar de la masturbación no era tan sólo la expresión de su temor a la castración frente al analista como padre en la situación edípica directa, sino también un conflicto más hondo con la joven esposa que ansiaba quedar embarazada. El sueño mostraba claramente que no quería asumir su rol de padre con su mujer para privarla de la maternidad y que ese conflicto se reproducía también en la transferencia en cuanto no me contaba que se había masturbado para esterilizarme como analista. En este caso concreto, y en cuanto la masturbación se realiza en lugar del coito, corresponde calificarla de acting out, con lo que pretendo mostrar que el concepto puede emplearse también fuera del análisis sin perder su precisión.

En conclusión, nuestro ejemplo pretende mostrar que se puede mantener el concepto de acting out sin caer en las desviaciones ideológicas o moralistas que tanto temen (y con razón) los que lo combaten. Una teoría, sin embargo, no se puede descalificar porque exponga a desviaciones ideológicas, ya que estas son inherentes a nuestros prejuicios y no a la teoría misma.

6. Acting out, lenguaje y pensamiento

Cuando Greenacre (1950) señala que en el acting out hay una perturbación que comprende a la vez la acción y la palabra da un paso decisivo para comprender este fenómeno. En el acting out, dice Greenacre, existe un trastorno en la relación del acto con el lenguaje y el pensamiento verbal. La acción suplanta al lenguaje y la descarga ocupa el lugar de la comunicación y el pensamiento (*ibid.*, pág. 458). El lenguaje sirve más a la descarga que a la comunicación y su función se degrada poniéndose al servicio de tendencias exhibicionistas (*ibid.*, pág. 461). Aquí podría agregarse que no es sólo por razones exhibicionistas que la función comunicativa del lenguaje se trueca en acción, sino también por otros motivos, como ser atacar o inocular al objeto.

Otro tanto puede decirse en cuanto a la relación del acting out y el pensamiento. El acting out puede explicarse como una forma especial de la patología del pensamiento. Seguiré en este punto la teoría de Blon

(1962a y b) sobre la naturaleza y el origen del pensamiento, a la que ya me referí anteriormente.

Bion sostiene que el bebé nace con una *preconcepción* del pecho y, cuando se encuentra con el pecho mismo (*realization*), se construye una *concepción* del pecho. Lo que va a determinar el primer pensamiento para Bion es la ausencia del pecho.⁴ Frente a esta emergencia decisiva el bebé tiene dos alternativas, tolerar o evitar la frustración (ausencia). Si el bebé *evita* la frustración trasforma el pecho ausente en un pecho malo presente y lo expulsa como un elemento beta. En cambio, cuando es capaz de refrenar la acción y *tolera* la frustración reconociendo al pecho como ausente, ha construido su primer pensamiento.

El acto por el cual, *en lugar de pensar* el pecho bueno como ausente se lo expulsa como pecho malo presente en forma de elemento beta es, para mí, (el prototipo del acting out). De este modo, y gracias a las ideas de Bion, he podido proponer una explicación del acting out de acuerdo con lo que he ido exponiendo en estos capítulos. (El acting out queda así ligado a una forma de manejarse con la realidad que recurre a la acción en lugar de pensar) Esto concuerda también con el Freud de los dos principios (1911b) que hace nacer el pensamiento de la retención de la carga, de una acción diferida. En el acting out sobreviene el proceso inverso, un movimiento regresivo que va del pensamiento al acto (y no del acto al pensamiento).

El acting out surge de un intento regresivo de convertir el pensamiento en acto, en no-pensamiento. El acting out representa, pues, una forma especial de acción que (no deja desarrollar) el pensamiento, idea que tiene que ver con el aprendizaje de la experiencia, el crecimiento mental y el conocimiento objetivo de Popper (1972), esto es, en qué medida se puede utilizar la acción para testear la realidad y no para imponerle nuestras (omnipotentes) «teorías».

De esta forma se me aclara, también, lo que decía Melanie Klein en 1952: cuando el bebé se aleja del objeto primario es parte del acting out. Yo entiendo ahora esta afirmación en el sentido de que, al alejarse, el bebé no cumple con su tarea, porque la tarea de mamar es, por cierto, la tarea por antonomasia, la *prototarea* del crecimiento, no sólo en el hombre sino en todos los mamíferos. Que el niño se aleje del pecho no será de por sí un acting out, porque puede haber muchas razones para ello; sólo podremos calificar de acting out la conducta del niño que se aleja del pecho para no mamar. Por esto la genitalización precoz configura un acting out del desarrollo, mientras que nunca lo será el pasaje normal del pecho al pene. Coincido en esto con Rosenfeld (1964a) cuando subraya la importancia de la hostilidad en el alejamiento del objeto en los casos que él llama acting out excesivo.

⁴ Obsérvese la coincidencia de Bion en este punto con Lacan, para quien también la ausencia del objeto pone en marcha la cadena de desplazamientos metonímicos, que van a estructurar el orden simbólico. Véase, por ejemplo, Lacan: «L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud» (1957).

Para terminar, quisiera dejarme llevar por una especulación. Melanie Klein aplicó su teoría de la envidia primaria, ya lo veremos en los próximos capítulos, a la reacción terapéutica negativa; Bion le hizo jugar un gran papel en la reversión de la perspectiva. Nadie ha tratado todavía de entender el acting out desde este ángulo, pero yo estoy convencido de que, cuando lo hagamos, comprenderemos mejor las relaciones del acting out con los estados confusionales, que Rosenfeld señaló en 1964, con la transferencia negativa y con las dificultades innegables que propone al desarrollo del proceso analítico.

Cuando en el capítulo 6 de *Envy and gratitude* (1957) Melanie Klein expone las defensas contra la envidia, recuerda lo dicho un lustro antes sobre el alejamiento del objeto primario y vincula más nítidamente la envidia con el acting out y dice: «...a mi juicio, en la medida que el *acting out* se usa para evitar la integración, (se convierte en una defensa) contra la ansiedad que se despierta cuando se aceptan las partes envidiosas del self» (cap. 6).

7. Acting out y juego

Serge Lebovici participó en el Congreso de Copenhague con una exposición concisa y convincente, donde se declara partidario de distinguir el acting out como una forma especial de la compulsión a repetir, recordándonos lo que Freud (1940a) dice en el *Esquema* y tomando como punto de partida de sus reflexiones el sugestivo campo del análisis infantil.

Cuando el juego del niño expresa el acting out, dice Lebovici, debe entenderse como un fenómeno resistencial, en esencia diferente del juego como método infantil de elaborar las fantasías. La diferencia entre ambos, el juego en sentido estricto y el acting out, puede ser difícil, y más difícil todavía cuando el analista participa sutilmente con un problema de contratransferencia. A veces una interpretación en que se le dice al niño «tienes miedo» y él puede malentender por «no te animas», conduce al acting out, como pasa más de una vez, a juicio del autor, con las interpretaciones de la técnica kleiniana. Dado que este tipo de malentendido tiene que ver con la inmadurez del aparato psíquico del niño, Lebovici se inclina por una variación técnica en que el analista asuma la función superyoica de introducir ciertas restricciones, ya que el analista de niño debe considerar que es un adulto frente a un niño todavía impotente al que tiene que conducir a las posibilidades constructivas de la elaboración secundaria (1968, pág. 203).

Dejando de lado el problema de fondo que plantea Lebovici, y que viene discutiendo desde el Simposio sobre análisis infantil de 1927, según se muestra en el capítulo 31, la conveniencia de distinguir el juego propiamente dicho del acting out es a todas luces una precisión metodológica que yo apoyo decididamente.

Lebovici se inclina a pensar que el acting out tiende solamente a repe-

tir, mientras que el juego posee un componente simbólico y elaborativo. A partir del proceso de *splitting* descrito por Klein, el niño proyecta en su juego sus experiencias dolorosas y, consiguientemente, sus malas relaciones de objeto. De esta forma, el acting out se relaciona con la proyección y sólo puede ser corregido mediante el trabajo interpretativo del analista, que brinda la oportunidad de poner en marcha el proceso de elaboración. Gracias a este proceso, el acting out se sujeta a la contraccax-texta y se va trasformando en proceso secundario.

En conclusión, para Lebovici, en el campo de la metapsicología, el acting out es un puente entre la acción y la fantasía de la elaboración del impulso.

El acting out es antes que nada una forma de defensa contra el impulso y, en segundo lugar, una defensa insuficientemente elaborada pues no conduce a la producción de fantasías; pero, en cuanto implica una organización rudimentaria del yo, posibilita la interpretación (*ibid.*, págs. 204-5).

Las precisiones de Lebovici son realmente útiles para discriminar dos niveles distintos de la actividad lúdica del niño, que pueden caracterizarse clínica y metapsicológicamente sin incurrir para nada en desviaciones ideológicas. Son dos áreas que existen y hay que diferenciar no sólo en nuestra teoría sino también en la práctica.

8. Acting out y desarrollo temprano

En el párrafo anterior sugerí que el acting out hunde sus raíces en los primeros estadios del desarrollo y lo relacioné con la tarea por antonomasia de todos los mamíferos, mamar del pecho. Tal vez la prerrogativa (y la pesadumbre —decía Rubén Dario—) del Homo sapiens es mamar y pensar el pecho. Alejarse del pecho para no sentir el dolor de la ausencia y pensarlo es el prototipo del acting out. Propuse así discriminar, desde el comienzo, la *acción* del *acting out* como dos procesos polares y antitéticos, como las dos formas con que se pueden enfrentar la realidad y la ausencia.

De esta forma el concepto de acting out queda restringido a una actitud mental, la de no cumplir con la tarea emprendida, mientras que la acción neurótica queda más bien caracterizada por la versatilidad que la lleva de un objetivo a otro, desde luego con desmedro del funcionamiento mental y las relaciones de objeto.

Con arreglo a estas ideas se comprende, también, que los medios preverbales de comunicación no deben considerarse acting out. Al hablar de las construcciones tempranas en el capítulo 28 expuse un material clínico que trata de mostrar cómo se reproducen en la transferencia los acontecimientos significativos del primer año de la vida y los comparé con las formas que asume el conflicto infantil. Dije entonces que el conflicto temprano se vehiculiza a través de la acción y lo contrapuse como pul-

cosis de transferencia a la neurosis de transferencia del conflicto infantil.

El mayor inconveniente que yo le veo a mi propuesta es que obliga a discriminaciones a veces muy sutiles, más todavía si se tiene en cuenta que, dado que un acto psíquico es siempre multideterminado, el caso concreto nos confronta en el consultorio con una evaluación muy cuidadosa, frente a lo que hace el paciente, para distinguir cuánto hay de acto neurótico, cuánto de acting out y cuánto, por fin, de comunicación no verbal. Puedo decir en mi descargo que delimitaciones tan difíciles como esta se nos plantean permanentemente en nuestra praxis.

También Eugenio Gaddini en su relato sobre el acting out para el Congreso de Helsinki de 1981 busca la explicación del acting out en las etapas más tempranas del desarrollo sin subestimar, por cierto, la influencia de las experiencias posteriores. Gaddini usa el término acting out con amplitud y no cree necesario discriminar acción y acting out, aunque distingue rigurosamente el acting out que facilita y promueve el proceso analítico del acting out que va contra el proceso. (A este último es al que yo propongo llamar estrictamente acting out.)

En el comienzo fue el acto, decía Freud en *Tótem y tabú* (1912-13) y, parafraseándolo, Gaddini dice que en el comienzo fue el acting out. Tanto en el desarrollo temprano cuanto en el proceso psicoanalítico el acting out puede estar al servicio del desarrollo regulando las tensiones o funcionar como una defensa contra el desarrollo y contra el proceso psicoanalítico, eliminando las tensiones en lugar de regularlas, manteniendo un estado de no integración que contrarresta el proceso de integración e impidiendo, por fin, el reconocimiento objetivo de uno mismo. El acting out defensivo tiende «a evitar el reconocimiento de la propia autonomía y la propia dependencia real. El acting out deja fuera la realidad, pues es mágico y omnipotente» (1981, pág. 1132).

Gaddini piensa que el acting out está más al servicio de las necesidades que de los deseos y lo remite a la experiencia básica de la separación del niño con su madre. «Tal experiencia tiene menos que ver con el momento en que la madre deja de amamantar al bebé que con el momento abrumador en que el niño debe tomar conciencia de su existencia separada y con la capacidad para enfrentar este cambio» (*ibid.*, pág. 1132). Es en ese momento que sobrevienen las angustias más fuertes, porque el niño trata de restablecer mágicamente la situación perdida y surge la ansiedad ante una posible pérdida del self. Cuando el self se organiza en forma patológica el yo puede sufrir una coerción de tal magnitud que lo deja sometido a las necesidades omnipotentes del self. Sobre la base de este esquema del desarrollo psíquico temprano, Gaddini puede discriminar entre el acting out que se pone al servicio del proceso analítico del que lo interfiere, que define en estos términos: «El acting-out, estabilizado como defensa, se utiliza para poner todo el aparato ejecutivo, incluyendo la conciencia, al servicio de la autarquía mágica y omnipotente del self, en lugar de servir a la autonomía» (*ibid.*, pág. 1134).

Gaddini sostiene que hay una fase crucial en el análisis, cuando el

analizado toma conciencia de que el analista es alguien distinto y separado, que marca el derrumbe de la omnipotencia con gran ansiedad por la pérdida del self. En este momento, sigue Gaddini, el acting out puede aumentar peligrosamente, y crece con él la posibilidad de que el analizado decida interrumpir el tratamiento.

Sin que sea necesario discutir la teoría del desarrollo de Gaddini deseo señalar las coincidencias de los dos tipos de acting out de este con lo que yo trato de caracterizar como acción y acting out en las primeras etapas de la vida.

9. A favor del acting out

A lo largo de toda mi exposición hemos tenido oportunidad de ver las más variadas líneas de pensamiento sobre el acting out. Luego de absolver posiciones en los dos últimos párrafos, puedo ahora decir que muchísimos autores señalaron, y con buenas razones, los aspectos positivos del acting out.

Para Ekstein y Friedman (1957) el acting out es una forma de recuerdo experimental. Estos autores consideran que el acting out es un precursor del pensamiento, una forma primitiva de resolver problemas, y el juego contiene los gérmenes del acting out y del pensamiento. El juego, sin embargo, requiere un cierto grado de maduración yoica y sólo es posible, entonces, cuando se ha logrado una suficiente integración del yo. Antes de que se pueda estructurar el juego existen precursores, que los autores llaman *play action* y *play acting*.

Al comienzo de la vida, la adaptación consiste en la descarga impulsiva inmediata. Estas acciones impulsivas del comienzo de la vida se van trasformando en *play action* (acción-juego) que es una acción diferida en punto a la realidad, de modo que combina la cuasi gratificación del juego con un primer intento de resolver el conflicto. A medida que sigue su crecimiento, el niño va remplazando el juego-acción por la fantasía y por formas más elevadas de pensamiento, mientras se acerca al reino del proceso secundario.

De esta forma los autores proponen una interesante graduación en los estadios del desarrollo mental, que comienza en la acción inmediata, sigue con la acción-juego, pasa por la fantasía, la actuación de juego (*play acting*) y llega a la demora en la acción y la dirección adaptativa.

Sobre la base de este esquema Ekstein y Friedman consideran que el acting out tiene dos componentes: 1) recuerdo experimental, dirigido al pasado e inapropiado a la realidad y 2) pensamiento elemental y test de realidad, dirigido al futuro.

En el caso clínico que sirve de base a este trabajo, los autores partieron del principio de que el acting out, la acción-juego y la actuación de juego eran, más que sustitutos del recuerdo, representaciones experimentales del recuerdo, una manera primitiva del yo de producir la reconstitución.

trucción (del pasado) al servicio de la adaptación (1957, págs. 627-8).

En el Congreso de Amsterdam de 1965, Limentani presentó un trabajo conciso y coherente donde propone re-evaluar el acting out en relación con el proceso de elaboración.⁵ Limentani destaca el deseo del analizado de comunicarse con el analista de una manera que no sea verbal. Sin desconocer los aspectos negativos del acting out, Limentani piensa que el acting out que aparece durante el proceso de elaboración puede tener una función de ayuda para la marcha del proceso analítico. Por otra parte, Limentani considera que, a veces, el acting out puede evitar una seria enfermedad psicósomática y que entonces se hace necesario tolerarlo, dándole tiempo a que vaya decreciendo gradualmente, sin que ello implique complacencia o complicidad.

Limentani concluye que el acting out es un fenómeno complejo del que puede haber más de una explicación; pero, a diferencia de la propuesta de este libro, no se inclina a establecer categorías metapsicológicas dentro de este complejo fenómeno.

También Zac (1968, 1970) piensa que el acting out opera como una válvula de seguridad, que pone a cubierto del desastre, si bien este autor no deja nunca de considerar que la función primordial del acting out es atacar el encuadre.

10. Acting out y acting in

La palabra alemana *agieren* se tradujo al inglés por *acting out*, que tuvo buena fortuna y fue adoptada por los analistas de lenguas romances.

El verbo *to act* tiene en inglés varias acepciones, como ejecutar una acción, funcionar adecuadamente, representar un papel en el teatro y simular.⁶ El adverbio *out*, por su parte, significa afuera y se utiliza para señalar la idea de distancia (*he lives out in the country*), apertura o liberación (*the secret is out*, es decir descubierto), extinción o agotamiento (*the fire has burnt out*: el fuego ardió hasta extinguirse), hasta el final, completamente (*he'll be here before the week is out*), error (*I'm out in my calculations*: me equivoqué en mis cálculos), claridad (*speak out*: hable claro), etcétera.

Estas múltiples significaciones del verbo compuesto *to act out* contribuyeron sin duda a que sean frecuentes los equívocos cuando se usa esta expresión en psicoanálisis, aunque yo me inclino a pensar que la dificultad es más profunda y tiene que ver con la ambigüedad del concepto mismo, como también sostienen Laplanche y Pontalis y más recientemente Dalé Boesky (1981) en su documentado estudio para el Congreso de Helsinki.

Un típico equívoco en este sentido es cuando se contrapone al concep-

⁵ «A re-evaluation of acting out in relation to working-through», *International Journal*, 1966.

⁶ Son las acepciones que da *The advanced learner's dictionary of current English*, de A.S. Hornby, Jr. V. Garfinkel y J. Wakefield.

to de acting out el de acting in, queriendo connotar de esta manera lo que pasa dentro o fuera de la sesión. En este giro es notoria la gravitación del adverbio *out*, ya que se quiere discriminar entre el fenómeno que se produce *dentro (in)* o *fuera (out)* de la sesión. La diferencia tiene solamente un valor fenomenológico o mejor dicho espacial. No se advierten para nada especificaciones dinámicas, metapsicológicas. No parece ser muy distinto que un candidato le pida prestado un libro a su analista didáctico al salir del consultorio o cuando lo encuentra en la Asociación. A lo sumo se podría argumentar que, en el primer caso, el analista está en mejores condiciones para interpretar la conducta del candidato; pero es muy relativo: lo más probable es que, en ambos casos, el analista interprete en la sesión que sigue al pedido.⁷

Este equívoco, sin embargo, no puede imputársele a Meyer A. Zelig, que en 1957 introdujo el término *acting in* para destacar ciertas actitudes posturales del analizado durante la sesión, que ubica a medio camino entre el acting out y los síntomas de conversión. Lo que el analizado hace con su cuerpo y con sus actitudes posturales en la sesión es algo intermedio entre el acting out y el recuerdo (o la verbalización), en cuanto es una forma de no verbalizar o recordar, pero más cercana a la simbolización, al pensamiento verbal. A medio camino entre el proceso primario (acting out) y el proceso secundario (pensamiento) el acting in sería un momento de tránsito, un paso evolutivo.

La propuesta de Zelig sólo ha sido recogida por algunos autores; pero, en general, no se la acepta, quizá por los equívocos lingüísticos que mencioné al comienzo y seguramente también porque la caracterización metapsicológica que propone no resulta muy convincente. De hecho, la necesidad de prestar atención a las conductas del paciente y analizarlas nos viene de los autores clásicos y ocupó un lugar central en la técnica de Reich.

Una posición distinta a la de Zelig es la de Rosen (1963, 1965) para quien el acting in caracteriza el fenómeno psicótico, donde las acciones externas surgen como respuesta a deseos y sueños del sujeto, sin contacto con la realidad. Para Rosen la preposición «in» significa, entonces, lo que viene de adentro y desconoce la realidad. Según esta propuesta el acting out debe reservarse para el fenómeno neurótico. Rosen llega a decir que el acting in se coordina con el acting out en la misma forma en que el proceso primario con el proceso secundario o el inconciente con la conciencia (1965, pág. 20). De esta forma, el fenómeno neurótico del acting out se superpone a la acción racional y conciente.

Rosen compara la psicosis con una pesadilla y entiende por acting in un peculiar tipo de conducta en que el sujeto está preocupado con los acontecimientos de su ambiente interno, que es un mundo oniroide, sin recibir influencia alguna de los acontecimientos del ambiente externo. A esto le llama Rosen acting in. Acting in es actuar como en un sueño, con referen-

⁷ Se entiende que este ejemplo es esquemático y presupone que el pedido sea efectivamente un acting out (lo que sólo podría afirmarse sobre la base del material inconciente) y que las otras variables fueran idénticas.

cia a un medio ambiente interno, desgajado por completo de la realidad. Rosen afirma que ese medio ambiente interno es la madre y esto lo conduce a su modo especial de tratar al psicótico, el *direct analysis*, donde el médico asume el papel de una madre adoptiva (*foster mother*).

11. Una propuesta de síntesis

Después de haber recorrido el arduo camino de las controversias sobre el acting out me gustaría proponer una síntesis final de este tema apasionante.

A pesar de las imprecisiones que lo envuelven, a pesar de ser contradictorio y de estar sobrecargado de prejuicios y connotaciones ideológicas, el término acting out sigue presente en el lenguaje ordinario de todos los analistas y el concepto se discute una y otra vez en reuniones científicas de todo nivel. Esta vigencia real y perdurable apoya la idea de que el acting out es un concepto básico de la teoría psicoanalítica y debe mantenerse, para lo cual es necesario redefinirlo en términos metapsicológicos, no simplemente de conducta.

El nombre y el concepto de acting out están indisolublemente ligados a la acción, aun para el caso particular en que el acting out pueda consistir en *no* hacer concretamente algo. Debe incluirse, por lo tanto, en la categoría, más amplia, de los actos neuróticos. Toda acción que, por obra y gracia del conflicto, se desvía de los fines propuestos y de los objetivos confesados es un acto neurótico. El acting out, desde luego, participa de estas características, pero tiene otras que lo restringen y lo discriminan: todo acting out es un acto neurótico pero no todo acto neurótico es un acting out.

En tanto acto neurótico, el acting out depende del conflicto pero ~~es~~ conflicto asume rasgos específicos por cuanto (consiste básicamente en que el pensamiento) (el recuerdo, la comunicación y el verbo) quedan remplazados por la acción.

En este punto surge la mayor controversia, ya que el remplazo de la palabra por el acto puede ser un medio de expresarse o todo lo contrario. Si aplicamos para estas dos finalidades el término acting out, como parece ser la preferente inclinación de la mayoría de los autores, entonces tenemos por fuerza que discriminar dos tipos de acting out, el que favorece la comunicación, reconoce la relación de objeto y está al servicio de la integración y el desarrollo, y el que se opone a esos fines buscando perpetuar la omnipotencia, la omnisciencia y el narcisismo.

Si incluimos ambas alternativas en el concepto de acting out parece que hacemos más justicia a la innegable complejidad de los fenómenos, al par que nos ponemos a cubierto de las valoraciones ideológicas que pueden llevarnos a calificar la conducta del analizado en buena y mala. Esta calificación, empero, sólo es ideológica si la sancionamos desde el egocentrismo de nuestro *furore curandis*, de nuestras necesidades narcí-

sísticas de tener con nosotros un analizado «bueno». Si reconocemos en cambio dos modalidades objetivas en nuestros pacientes y en nuestra praxis, frente a las cuales debemos aplicar rectamente nuestros imparciales instrumentos de trabajo, entonces la clasificación de bueno y malo es científica, se refiere a los hechos y nos confronta con nuestro cotidiano quehacer. Cuando el hematólogo dice que el recuento globular «está mal» no se refiere al mal comportamiento del paciente o de sus eritrocitos sino simplemente al hecho objetivo de que el número de hematíes se aparta de la norma.

Por muchas discusiones que haya sobre el desarrollo temprano, todos estamos de acuerdo que en esa etapa no existe un lenguaje verbal articulado y tampoco lo vamos a encontrar cuando se reproduce en la transferencia. Si esto es así, pretender que el analizado nos comunique algo por definición inefable sería a la par necio y cruel. Para operar como analistas, entonces, tendremos que comprender este tipo de mensaje y devolvérselo de alguna manera al analizado, sabiendo que él se está comunicando en la única y por tanto la mejor forma posible.

Algo polarmente distinto es el otro tipo de acting out, o acting out a secas, donde la acción aparece *en lugar de* la comunicación, el pensamiento y/o el recuerdo. Aquí hay una intención (en el sentido de fantasía inconciente) que va *en contra* de lo convenido y lo acordado. Desde este punto de vista, el acting out queda definido como una acción hecha «en lugar de» la tarea que se tiene que realizar. Esta tarea, para el caso del análisis, será alcanzar el insight; pero también se puede afirmar que el acting out se opone al recuerdo, al pensamiento, a la comunicación o que ataca al encuadre o la alianza terapéutica, según sean nuestras predilecciones teóricas. En este sentido el acting out es un recurso regresivo que se instrumenta para interferir con la tarea. El movimiento regresivo que va del pensamiento al acto, del verbo al no-pensamiento es omnipotente y omnisciente, sirve al narcisismo y no a la relación de objeto, quiere volver atrás en lugar de buscar el crecimiento o el desarrollo. Según los autores esta modalidad operativa podrá explicarse por la mala relación con el pecho, donde juega un papel importante la envidia primaria, por dificultades en el proceso de individuación o con otros esquemas doctrinarios; pero siempre quedará en pie que se trata de un movimiento regresivo que reconduce del pensamiento al acto.

Por último, el acting out debe considerarse como una forma especial de transferencia en cuanto confunde el pasado con el presente y opera a nivel del proceso primario; pero, a diferencia de otras modalidades del mismo fenómeno, esta busca desconocer la relación, llevarla por otros caminos, y hacia otro destino. El hecho cierto de que el acting out no sea otra cosa que un aspecto de la transferencia no debe llevarnos a olvidar su especificidad, del mismo modo que nadie duda que la reacción terapéutica negativa es una modalidad del vínculo transferencial, pero todos consideramos que vale la pena respetar su autonomía.

55. Reacción terapéutica negativa (I)

1. Reacción terapéutica negativa y sentimiento de culpa

La *reacción terapéutica negativa* (RTN) es un concepto más claro y menos controvertido que el de acting out. El acting out es, ya lo hemos visto, un concepto difícil de asir, de delimitar; el de RTN, en cambio, gracias a la forma magistral en que Freud lo expuso en 1923, resulta claro, lo que permite un punto de partida firme para la discusión.

En el quinto capítulo de *El yo y el ello*, «Las servidumbres del yo», Freud dice que ciertos pacientes no toleran el progreso del tratamiento o las palabras de estímulo que, en un momento dado, puede creer el analista que corresponde ofrecerles, y reaccionan en una forma contraria a lo esperado. Esta reacción no sólo surge cuando se les dice algo positivo respecto a la marcha del tratamiento sino también cuando se ha realizado algún avance en el análisis. En el momento en que queda resuelto un problema o vencida una resistencia, la respuesta del analizado, en lugar de ser una vivencia de progreso y de alivio, es todo lo contrario. Son personas, dice Freud, que no pueden tolerar ningún tipo de elogio o de aprecio, y responden en forma inversa a todo progreso de la cura.

Freud introduce el concepto que estamos estudiando para explicar la acción del superyó y dice que este tipo de reacción está indisolublemente ligado al sentimiento de culpa, que opera a partir de una acción superyoica. Lo que conduce a esta respuesta contradictoria en el paciente, que empeora cuando tendría (para decirlo en términos superyoicos) todo el derecho a mejorar, es pues el superyó, que no le asigna ese derecho. La idea de que la reacción terapéutica negativa está vinculada al sentimiento de culpa es básica, pues, en el pensamiento de Freud.

Es gracias a la recién nacida teoría estructural que Freud puede explicar la extraña actitud de esas personas que se comportan en el tratamiento de manera por demás peculiar, de modo que empeoran cuando están dadas las condiciones de un progreso. Algo se opone en ellos al avance, algo los lleva a ver la cura como si fuera un peligro; y esa actitud no cambia luego de haber analizado la rebeldía en la transferencia, el narcisismo y el beneficio secundario de la enfermedad. Freud concluye entonces que la explicación se encuentra en un factor moral, en un sentimiento de culpa que se satisface en la enfermedad, y que —en cuanto heredero de la relación con el padre— proviene de la angustia de castración, si bien quedan en él contenidas la angustia del nacimiento y la angustia de la separación de la madre protectora.

El progreso en el estudio del superyó y, por otra parte, la mayor atención que se le ha ido dando a la RTN, son hechos que llevan a pensar que sentimiento de culpa y RTN no son superponibles como Freud los define en un primer momento. Ahora sabemos, efectivamente, que la RTN puede asumir formas diversas y reconocer causas múltiples. Algunos autores como Sandler *et al.*, sin embargo, prefieren reservar la denominación de RTN al fenómeno clínico descripto inicialmente en *El yo y el ello*, esto es a la reaparición de los síntomas que proviene de la culpa generada por una atmósfera de aliento, optimismo y aprobación (1973, págs. 92-3 de la versión inglesa; pág. 80 de la versión castellana).

2. El masoquismo del yo

La RTN ingresa en el cuerpo de teorías psicoanalíticas en 1923, pero la idea puede rastrearse en otros escritos antes de esa fecha y se la va a ver aparecer también después en los escritos de Freud y otros psicoanalistas.

En «El problema económico del masoquismo», escrito un año después, Freud precisó algunos de sus puntos de vista. Señala que hablar de un sentimiento inconciente de culpa ofrece ciertas dificultades, ya que los pacientes no admiten así no más que puedan albergar en su interior una culpa que no perciben y por otra parte, hablando con propiedad, no existen sentimientos en el sistema Icc. Por estas razones Freud se inclina a cambiar la nomenclatura anterior y habla no de sentimiento de culpa sino de *(necesidad de castigo)*.

Estos dos conceptos, sigue Freud, no son totalmente superponibles, porque el sentimiento de culpa tiene que ver con la severidad o el sadismo del superyó, mientras la necesidad de castigo alude al masoquismo del yo, si bien es obvio que estas dos características van siempre en alguna medida juntas.

De todos modos, cuando Freud hace hincapié en que la RTN está vinculada al masoquismo del yo, abre otra perspectiva, porque entonces se puede discriminar entre el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo. Como ya había observado Freud en 1916 en «Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico», la necesidad de castigo es justamente una forma de defenderse del sentimiento de culpa: es para no tener el sentimiento de culpa, para no asumirlo, que uno prefiere castigarse. De aquí que una conciencia de culpa exacerbada puede llevar al sujeto al delito. «Por paradójico que pueda sonar, debo sostener que ahí la conciencia de culpa preexistía a la falta, que no procedía de esta, sino que, a la inversa, la falta provenía de la conciencia de culpa» (*AE*, 14, pág. 338). Y agrega a renglón seguido que el trabajo analítico muestra una y otra vez que ese sentimiento de culpa brota del complejo de Edipo. Frente a ese crimen doble y terrible de matar al padre y poseer a la madre, concluye Freud, el delito realmente cometido siempre será de muy poca monta.

En el artículo de 1916 Freud no sólo da este giro copernicano de la culpa al delito sino que también establece una conexión entre fracaso y sentimiento de culpa, ilustrando su tesis con el Macbeth de Shakespeare y con la Rebeca Gamvik del drama de Ibsen. La relación entre el triunfo y la culpa está también implícita en el trabajo de 1923 y en todo lo que vamos a ver a continuación, porque la RTN lleva siempre la marca del triunfo y la derrota.

3. Las primeras referencias

Freud describió la RTN en 1923, pero la descubrió antes, y es fácil advertir, por otra parte, que los psicoanalistas de los años diez percibían con nitidez en algunos de sus enfermos esa conducta singular que sólo en la década siguiente habría de tipificarse.

En «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), por ejemplo, Freud se refiere a los inevitables empeoramientos durante la cura y advierte que la resistencia del paciente puede utilizarlos para sus propósitos. En estos comentarios hay sin duda una referencia al concepto, pero no es clara como cuando aparece en el capítulo VI, «La neurosis obsesiva», del «Hombre de los Lobos». ¹ Allí señala Freud que, a los 10 años, y gracias a la influencia de su preceptor alemán, el paciente abandonó la práctica de la crueldad con pequeños animales no sin antes reforzar por un tiempo esta tendencia. Y agrega Freud: «También en el tratamiento analítico se comportaba de igual modo, desarrollando una “reacción negativa” pasajera; tras cada solución terminante, intentaba por breve lapso negar su efecto mediante un empeoramiento del síntoma solucionado» (AE, 17, pág. 65).

En 1919 Abraham se refirió al mismo tipo de problemas en un artículo admirable, «Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico». Su reflexión se endereza a la especial dificultad de algunos pacientes que no pueden asumir su carácter de tales y que permanentemente cuestionan y desconocen la función del analista. Dice Abraham, gráficamente, que estas personas no pueden comprender que la finalidad del tratamiento es la curación de su neurosis, y señala que el narcisismo (y el amor propio como un aspecto del narcisismo), la rivalidad competitiva y la envidia son fuerzas impulsoras importantes en el desarrollo de este tipo de reacciones, que hacen muy difícil el análisis.

Simultáneamente con otros autores de esa época, como Ferenczi, Jones, Glover y Alexander, Abraham abre con este ensayo la teoría del carácter que va a desarrollar luego Wilhelm Reich, y pone al mismo tiempo la simiente para los estudios de la RTN que Freud después habrá de continuar.

¹ El historial fue publicado en 1918; pero, como es sabido, Freud lo redactó en 1914.

4. Instinto de muerte y RTN

Del quinto capítulo de *El yo y el ello* a «El problema económico del masoquismo» no hay un cambio teórico decisivo sino, más bien, precisiones dentro de la recién forjada teoría estructural: la RTN se debe tanto al sadismo del superyó como al masoquismo del yo; si aquel tiene que ver principalmente con el sentimiento (inconciente) de culpa, este se refiere al masoquismo moral que, al fin y al cabo, es la versión yoica de la culpa. En sus escritos posteriores, Freud volvió al tema en varias oportunidades.

En *El malestar en la cultura* (1930a), Freud entiende la civilización con la perspectiva de la lucha entre eros y tánatos. La agresión, dice al final del capítulo VI, es una disposición instintiva original en el ser humano y constituye el mayor impedimento en el desarrollo de la civilización. La civilización es un proceso que está al servicio de eros, cuya tendencia es unir y combinar a los hombres entre sí en familias, pueblos y naciones; pero el instinto agresivo propio de la naturaleza humana se opone al programa civilizatorio, poniendo al hombre contra todos los hombres y a todos los hombres contra él.

En el capítulo siguiente Freud expone el método a su juicio más importante para inhibir la innata agresividad humana, y es introyectarla, internalizarla, mandarla de nuevo a donde se originó, esto es al yo. Una parte del yo la toma a su cargo y, convertida en superyó, se coloca frente al resto y lo amenaza con la misma hostilidad que antes ese yo dirigió contra los demás. La tensión entre el severo superyó y el yo que a él se le somete se llama sentimiento de culpa, que se exterioriza como necesidad de castigo.

El capítulo XXXII de las *Nuevas conferencias de introducción* (1933a), que trata de la angustia, confirma la definición de 1923 y dice que las personas en que el sentimiento de culpa es extremadamente fuerte exhiben en el tratamiento analítico la RTN frente a cada progreso de la cura.

Cuando al final de su larga investigación escribe Freud «Análisis terminable e interminable» (1937c), vuelve a señalar la importancia del sentimiento de culpa y la necesidad de castigo entre los factores que dificultan el buen éxito del análisis y pueden hacerlo interminable. Menciona allí nuevamente el masoquismo, la RTN y el sentimiento de culpa para concluir que no es posible ya seguir afirmando que los fenómenos psíquicos se hallen exclusivamente dominados por la tendencia al placer. «Estos fenómenos apuntan de manera inequívoca a la presencia en la vida anímica de un poder que, por sus metas, llamamos *pulsión de agresión* o *destrucción* y derivamos de la pulsión de muerte originaria, propia de la materia animada» (AE, 23, pág. 244).

Vemos, pues, que Freud mantiene a lo largo de su obra sus ideas del comienzo, pero se inclina cada vez más a entender la RTN como una expresión del instinto de muerte.

5. Los dos trabajos de 1936

En 1936 aparecen los trabajos de Karen Horney y de Joan Rivière sobre la RTN, que contienen aportes significativos.

En «The problem of the negative therapeutic reaction», Horney señala, en primer lugar, que no hay que confundir la RTN con cualquier retroceso en la cura psicoanalítica. Es esta, a mi juicio, una precisión importante. Cuando la olvidamos, el concepto se diluye y se olvida la clara postulación freudiana. Por definición, el tratamiento psicoanalítico avanza y retrocede, se ubica siempre en la dialéctica de progresión y regresión: mal podría decirse, entonces, que todo retroceso es una RTN si decimos que el proceso analítico necesita de la progresión y de la regresión. No podemos pues fundar el concepto de RTN en que el analizado empeore. La característica que señala Karen Horney siguiendo a Freud (y que después va a retomar Melanie Klein) es que se trata de un empeoramiento *paradójico*, que sobreviene en el momento en que debiera existir un progreso o, más aún, como ella misma subraya, en el momento en que *ha sobrevenido* un progreso.

Otro aporte de Horney es que centra su estudio en la respuesta del paciente a la interpretación. Esto tiene que ver con la forma en que yo personalmente caracterizo a la RTN, algo que depende de los logros. La RTN sólo es posible cuando la tarea ha sido cumplida, cuando hay un logro. Es importante señalar que este logro es reconocido por lo general por ambas partes; pero lo decisivo es que *el paciente* lo reconoce como tal en alguna forma, explícitamente diciendo que la interpretación es correcta, o en forma implícita porque tiene una sensación de alivio o porque registra un cambio positivo. Es justamente a partir de ese momento de alivio y progreso que empieza una crítica demoledora por parte del paciente, que lleva a veces casi instantáneamente a una situación paradójica: lo que un momento antes había aliviado, resulta ahora una porquería; y hay que decirlo con estos términos no muy académicos porque, en realidad, como señaló Abraham (1919a), el sadismo anal está muy ligado a este tipo de crítica demoledora. El instrumento que trasforma el logro en desastre es principalmente, pues, el sadismo anal, aunque por cierto nadie discute que el sadismo oral también está en juego, como el mismo Abraham lo dijo en otros trabajos de la misma época.

Horney define, pues, dos características fundamentales: 1) que hay que estudiar la RTN con referencia al desarrollo de la labor analítica y en especial a cómo responde el paciente a la interpretación y 2) que el concepto debe quedar circunscripto a los empeoramientos injustificados e *inesperados*. Tal vez la palabra más precisa para describir el fenómeno sea *paradójico*.

No siempre es fácil, por cierto, decidir si la respuesta del paciente es lógica o paradójica. Nunca las cosas en la clínica son esquemáticas; pero, de todos modos, lo que hace sustancialmente al espíritu de la RTN es que trasforma lo bueno en malo. Hay que deslindar entonces, frente a un empeoramiento determinado, qué hay de lógico en ese retroceso y qué de pa-

radójico. Es lógico que cuando el analista le revela algo desagradable, el analizado aumente su resistencia y su hostilidad. Esta reacción, sin embargo, ni para el analista ni para el analizado está fuera de lo esperado; y, por lo demás, el adelante persiste, no queda anulado, si bien la resistencia puede haber aumentado transitoriamente. El paciente puede rechazar la interpretación o considerarla errónea o agresiva, sin que por ello anule necesariamente lo que le fue interpretado. En la RTN, en cambio, la interpretación es reconocidamente eficaz en un primer momento pero luego opera en sentido contrario. La diferencia es notoria, lo cual no quita que frente al material clínico pueda ser difícil establecerla. A veces las dos formas de reacción coinciden, se superponen; y entonces habrá que pesar el porcentaje de una y otra. Si el analizado se siente dolido porque le interpretaron la homosexualidad, su tendencia al robo o sus deseos incestuosos, su reacción negativa es comprensible y la tarea del analista no será tan difícil; consistirá en cierto modo en darle tiempo para que vaya elaborando su resistencia, como decía Freud en 1914. En el otro caso la actividad interpretativa tiene que ser más definida y precisa, porque estamos ante un problema mayor. En otras palabras, la RTN no tiene que ver con el contenido de la interpretación sino con su efecto. Esta diferencia es para mí decisiva.

6. Los impulsos agresivos en la reacción terapéutica negativa

Vimos que la reflexión freudiana se fue acercando gradualmente a una concepción más pulsional de la RTN, sin por cierto desdecirse de su primera explicación estructural (sentimiento de culpa). El mismo derrotero toma Horney cuando estudia en su ensayo las raíces pulsionales de la RTN.

Horney piensa que la RTN germina en un cierto tipo de persona, no en todas, y son aquellas en que predominan el narcisismo y los rasgos sadomasoquistas, lo que condiciona una respuesta distorsionada frente a la interpretación, que los lleva a competir con el analista. Son pacientes que tienen mucha rivalidad y rivalizan con el analista, un rasgo caracterológico ya estudiado por Abraham en su ensayo de 1919, que lo remitía a la envidia y al sadismo anal.

Junto a la intensa rivalidad, y dependiendo en gran medida de ella, estos pacientes son muy sensibles a todo lo que pueda dañar su autoestima y aumentar su sentimiento de culpa. Por esto tienden a sentir la interpretación como algo que los disminuye o los acusa. Se cumple en ellos la regla general según la cual la falta de autoestima y el sentimiento de culpa se potencian mutuamente. De ahí a sentirse rechazado y mal comprendido no hay más que un paso.

El corolario de esta compleja estructura caracterológica es que el progreso y el triunfo implican un riesgo demasiado grande. El paciente teme despertar la rivalidad de los demás si progresa y se siente despreciado si fracasa.

7. Reacción terapéutica negativa y posición depresiva

El otro gran trabajo de 1936 es el de Joan Rivière, «A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction», que se apoya resueltamente en la teoría de la posición depresiva, que Melanie Klein formuló en el Congreso de Lucerna de 1934.² Rivière piensa que las propuestas teóricas de Klein ayudan a comprender a estos enfermos y permiten ser más optimistas al abordarlos, en cuanto nos sea posible comprender en qué consiste esa ominosa severidad del superyó.

El propósito de Rivière es hablar de los casos especialmente refractarios al análisis y que son para ella las neurosis de carácter graves, y en este punto se inspira en el ya muchas veces mencionado ensayo de 1919. Se trata, entonces, de pacientes narcisistas, sumamente sensitivos, que se sienten heridos con facilidad y que, con una máscara de colaboración amistosa plagada de racionalizaciones, se oponen y desafían constantemente al analista y a su método.

Todo el trabajo de Joan Rivière se va a ocupar, pues, de las resistencias narcisísticas de Abraham o de la resistencia del superyó de Freud, es decir del sentimiento de culpa, a partir de la teoría de los objetos internos y de la posición depresiva. La RTN pierde así algo de su especificidad clínica; pero, a la corta o a la larga, lo que dice Rivière le es aplicable.

El punto de partida de la investigación de Joan Rivière es que en los pacientes que apelan a la RTN la posición depresiva es particularmente intensa y eso los lleva a desplegar al máximo la defensa maniaca con su cortejo de negación de la realidad psíquica (y consiguientemente de la externa), desprecio y control del objeto. El concepto que reúne a todos estos instrumentos de la defensa maniaca es la omnipotencia con su corolario inevitable, la negación de la dependencia.

Con estos instrumentos conceptuales, Rivière puede decir, con razón, que todas las características que expuso Abraham pueden remitirse a la defensa maniaca: el control omnipotente del analista y del análisis, la negativa a asociar libremente, el rechazo de las interpretaciones, su actitud de desafío contumaz y obstinado, su pretensión de superar al analista y hasta de analizarlo. La defensa maniaca explica además, cumplidamente, el egoísmo, la falta de gratitud y la mezquindad de estas personalidades.

Rivière piensa que la defensa maniaca y el control omnipotente del objeto tratan de evitar la catástrofe depresiva y que, más allá de su actitud de desafío y hostilidad, estos pacientes buscan no curarse ellos mismos sino a sus objetos internos, dañados por su egoísmo, su voracidad y su envidia. Al ofrecer curarlo, el análisis se convierte en una seducción, los invita a una traición, a dejarse llevar una vez más por el egoísmo y despreocuparse de los objetos de su mundo interno. La incongruencia de la RTN queda explicada para Rivière por la paradójica contradicción entre el egoísmo manifiesto y el altruismo inconciente (1936a, pág. 316).

² Rivière leyó su trabajo el 1.º de octubre de 1935 en la Sociedad Británica y lo publicó el año siguiente en el *International Journal*.

En resumen, podemos sintetizar los aportes de Joan Rivière diciendo que la RTN opera como una forma de control para evitar la catástrofe de la posición depresiva, y este control tenemos que entenderlo como el instrumento básico de la defensa maniaca para mantener un determinado *statu quo*, cuya ruptura precipitaría la temida irrupción de los sentimientos depresivos.

8. El papel de la envidia

Después de los dos trabajos de 1936, el tema de la RTN pasó a ser reconocido y considerado por los analistas. Se lo ve aparecer frecuentemente en los trabajos de teoría y de técnica, si bien no surgen estudios especiales de gran envergadura por muchos años hasta los de Klein en *Envy and gratitude* (1957).

En el capítulo 2 de su libro, Klein dice que la envidia y las defensas contra ella desempeñan un papel importante en la RTN (*Writings*, vol. 3, pág. 185). Remitiéndose estrictamente a la primera definición de Freud y del mismo modo que Karen Horney, Klein señala claramente que la RTN debe estudiarse en función de la respuesta del paciente a la interpretación. Lo distintivo de la RTN es primero un momento de alivio luego del cual empieza, inmediatamente o poco después, una actitud que va a anular el logro obtenido. Una paciente que siempre me ponderaba por un error que una vez cometí, cuando acertaba con una buena interpretación (¡lo que a veces ocurría!) y sentía alivio, inmediatamente decía: «¡Por fin dijo usted algo como la gente! Es la primera vez que abrió la boca para algo importante. Porque usted se queda callado toda la vida y esta interpretación ya hace años que debería habérmela dado, que yo la estaba esperando. Y solamente ahora se vino usted a dar cuenta». Era llamativo y hasta patético verla repetir una y otra vez, estereotipadamente, casi con las mismas palabras, el mismo comentario; y era penoso ver cómo así se desvanecía en pocos minutos el insight recién conquistado. Por otra parte, la reiteración de su crítica no le servía para nada de advertencia y la formulaba siempre como si fuera la primera vez.

Comentarios como este frente a la interpretación que alivió son para Klein típicos de la RTN. Nuestros pacientes nos critican por variadas razones y, ni que decirlo, a veces justificadamente; pero cuando sienten necesidad de desvalorizar el trabajo analítico que según su propia vivencia los ayudó es porque la envidia está presente (*ibid.*, pág. 184).

De esta forma, Klein circunscribe con precisión el campo de acción de la envidia en la RTN, discriminando el ataque envidioso de la crítica constructiva del analizado. Esta diferencia es fundamental y no siempre resulta fácil establecerla. En realidad, cuando una persona responde a una interpretación aceptándola plenamente y quejándose de que sólo ahora el analista se dio cuenta, este tiende en principio a darle la razón, a pensar que verdaderamente debería haberse dado cuenta antes, lo que

siempre es, por lo demás, absolutamente cierto. Un analista cabal debe estar siempre dispuesto a aceptar en su fuero íntimo las críticas de su paciente. Los pacientes rara vez nos critican y siempre tienen muchas dificultades para hacerlo. Por esto, toda crítica del paciente debe ser atendida y, sin masoquismo de por medio, alentada. Esto crea, sin embargo, una situación muy especial, porque justamente la crítica de la RTN no es lo que se dice constructiva, esconde por definición un ataque envidioso. No siempre es fácil para nosotros rescatarnos de esa crítica sin sofocar la sana rebeldía o la crítica justa del enfermo; pero no es tampoco imposible. Es este un tema de técnica y de ética analítica muy delicado, del que algo habla Melanie Klein en *Envy and gratitude*.

La investigación de Klein sobre la RTN sigue, como ella misma dice, los descubrimientos de Freud desarrollados después por Joan Rivière; y si bien es cierto que al poner en el centro de su reflexión a la envidia parece inclinarse (como el Freud de 1937) por una explicación meramente pulsional, salta a la vista que la relación de objeto ocupa un lugar decisivo en su explicación, como es de regla en su obra. Esto es importante porque, en realidad, si uno toma en consideración solamente la envidia, la envidia como impulso, y trata de interpretar desnudamente en esos términos, la RTN tiende a ahondarse en lugar de ceder. Con razón nos advierte Joan Rivière que el hincapié en la transferencia negativa conduce con toda seguridad al punto muerto de la RTN (1936a, pág. 311). Lo que hay que interpretar, en realidad, es la sutil conjunción de una relación de objeto narcisista, la acción erosiva de la envidia y el sentimiento de culpa que todo eso provoca. Si uno puede conjugar en una interpretación estos tres factores (y otros como los que más adelante estudiaremos) se puede empezar a abrir una brecha en esta difícil situación, que se mueve siempre con mucha lentitud.

9. Reacción terapéutica negativa y letargo

Contemporáneos a los trabajos de Klein sobre la envidia son los de Fidias R. Cesio en Buenos Aires sobre la RTN. En 1956, Cesio presentó un caso de RTN donde llamaba la atención el frío que sentía la analizada en las sesiones, que a veces se continuaba con letargo y sueño, paralizándose literalmente los esfuerzos terapéuticos del analista. Esta paciente murió luego de un ataque de eclampsia en que su hijo fue salvado, cumpliéndose casi un deseo expresado muchas veces por ella, que quería dar su vida por el hijo. En la historia clínica de esta paciente había sido decisivo el suicidio del padre cuando ella tenía 5 años, y Cesio entendió el letargo como la identificación con el cadáver que contenía en su inconciente. En la misma época Cesio (1957) había estudiado el letargo en la transferencia y su proyección en el analista, que se ve invadido por la morbosidad y la somnolencia.

Cuando vuelve al tema en 1960 (primera y segunda partes), Cesio for-

mula su tesis principal, la existencia de *objetos aletargados* en el inconciente de los enfermos que presentan la RTN. Este objeto aletargado equivale para Cesio al núcleo psicótico y también al yo prenatal del sujeto. El letargo es para Cesio un estado de muerte aparente dentro de un mundo interno destruido y venenoso.

El yo de estos pacientes se esfuerza en mantener el letargo de sus objetos y opera en la misma forma sobre el analista. Controlado permanentemente, como decía Joan Rivière (1936a), el analista termina por sentirse como muerto y aletargado. Se explica también, de esta manera, que estos pacientes se adhieren literalmente al analista que ahora representa para ellos sus objetos primarios.

En cuanto el objeto aletargado contiene los impulsos más destructivos del sujeto y representa su núcleo psicótico, se comprende que cada vez que el análisis moviliza esa estructura los componentes destructivos recaen sobre el yo y lo colocan en grave peligro (1960, pág. 14). Cesio considera, como el Freud de los últimos años, que el instinto de muerte desempeña un papel de primera magnitud en estos pacientes: una parte del instinto de muerte está contenida en el objeto aletargado y otra en el yo que aletarga a los objetos (y al analista), tema que desarrolla más detenidamente en la segunda parte de este trabajo, señalando la conexión del instinto de muerte con la analidad.

56. Reacción terapéutica negativa (II)

1. Perspectiva histórica

En el capítulo anterior empezamos a estudiar la reacción terapéutica negativa siguiendo el derrotero que va desde *El yo y el ello* hasta los aportes de Melanie Klein. Incluimos también las primeras referencias de Freud en *De la historia de una neurosis infantil* y nos detuvimos en el ensayo de Abraham, al que le asignamos una relevante influencia.

Siguiendo el enfoque integrador de un reciente trabajo de Limentani (1981), es interesante señalar que en esta historia de la RTN se advierte un fenómeno singular, que no siempre se da en el desarrollo del conocimiento psicoanalítico, y es que los conocimientos se han ido sumando, no contraponiéndose. La primera explicación de Freud, de que la reacción terapéutica negativa tiene que ver con un sentimiento de culpa que surge de un superyó muy severo, sigue vigente como en 1923. A esto se agrega lo que Freud dice un año después, ya imbuido por la idea del instinto de muerte, respecto del masoquismo primario. La nueva idea no se opone por cierto a la anterior, la complementa, ya que, en general, cuando uno tiene un superyó que se maneja con excesiva severidad tiene también un yo masoquista que se le somete y busca apaciguarlo. El fracaso siempre hunde sus raíces en el masoquismo moral.

Si seguimos adelante y consideramos los dos artículos de 1936, veremos que amplían sin recusar lo que Freud ya había visto. Freud mismo mencionaba en 1923 concretamente la rebeldía, el narcisismo y el beneficio secundario de la enfermedad; pero, consecuente con su línea de investigación en ese contexto, afirmaba que el sentimiento de culpa es el factor más importante. Horney vuelve a señalar la fuerte rivalidad de estos pacientes y su temor a que si progresan desencadenen la envidia de los otros, mientras Riviére enlaza el sentimiento de culpa con el altruismo inconciente y una gran labilidad frente a la posición depresiva, descrita por Klein, que incrementa desmedidamente las defensas maníacas.

Así como Freud utilizó la RTN para fundamentar la idea del superyó y la teoría estructural, Klein la empleará después para ilustrar la acción de la envidia. Tampoco este trabajo se opone a los anteriores, sino que se suma a los factores descubiertos por Freud y que después desarrolló Riviére,¹ al par que complementa al Freud de 1937 cuando enlaza la teoría de la envidia primaria con el instinto de muerte.²

¹ Véase la pág. 688.

² Véase Ruchegoyen y Kabbli, «1 en teorías psicoanalíticas de la envidia» (1981).

2. Algunas precisiones metodológicas

Antes de seguir adelante con los estudios que vienen después de Klein, vale la pena detenerse por un momento para recordar que estamos estudiando las vicisitudes del proceso analítico, luego de habernos ocupado del proceso mismo. Dijimos que hay factores que impulsan el proceso, como el insight y la elaboración, y otros que lo obstaculizan: el acting out, ya estudiado; la reacción terapéutica negativa, de la que nos estamos ocupando, y la reversión de la perspectiva, que será nuestro próximo tema.

Desde el punto de vista metodológico, es importante clasificar estas tres modalidades defensivas como conceptos *técnicos* y no psicopatológicos, porque si no establecemos esta discriminación podemos caer en error o confusión. Un trabajo excelente como el de Joan Rivière, por ejemplo, incurre en este error por momentos, en cuanto superpone el estudio de la RTN con las caracteropatías severas, que no es lo mismo: estas corresponden a la psicopatología, aquella a la técnica. Que hay una conexión entre ambas no hay duda, porque la RTN se da predominantemente en pacientes con graves perturbaciones caracterológicas; pero puede encontrársela también en otras formas nosográficas. Cuando Hanna Segal (1956) estudia la depresión en el esquizofrénico, muestra convincentemente que la intolerancia al dolor depresivo puede poner en marcha una reacción terapéutica negativa vinculada a la vivencia de progreso que había tenido la enferma. La enferma retrocede (RTN), con lo que proyecta su dolor en la analista y le hace sentir un gran desaliento: «Está de nuevo loca», etcétera. Este caso ilustra que si bien la reacción terapéutica negativa predomina en las neurosis graves de carácter, también se la encuentra en otras enfermedades.

El acting out, la RTN y la reversión de la perspectiva configuran una clase de fenómenos que forman un conjunto complejo de respuestas, a las que conviene el nombre de *estrategias del yo* (Etchegoyen, 1976), en cuanto son mucho más complicadas que las tácticas o técnicas defensivas; son operaciones que tienen una finalidad ulterior, no inmediata.

Mientras el acting out impide el desarrollo de la tarea para evitar la experiencia dolorosa del insight y la reversión de la perspectiva cuestiona el contrato analítico, en la RTN la tarea se realiza y el insight se consuma, pero después sobreviene una respuesta que lleva esos logros para atrás. Más adelante volveremos a comparar la RTN con el acting out, pero señalemos ahora que en el acting out el analizado se aleja del objeto (pecho, analista) buscando algo que lo remplace y en la RTN se reconoce en principio que el objeto está. Este reconocimiento implica un logro, implica que algo se ha recibido y entonces se ataca lo que se recibió. En el momento que uno reconoce que recibió algo y empieza una maniobra para revertir esa situación se constituye la RTN. De aquí que la reacción terapéutica negativa se asocie a la culpa. En el acting out, en cambio, mal puede uno sentir culpa si dice que ha operado a partir de la frustración, de la ausencia del objeto. Por esto el psicópata, que tiende a defenderse con el acting out, no reconoce para nada su culpa.

3. Elementos diagnósticos

En el diagnóstico de la RTN son importantes los indicadores, tanto más que, por su propia naturaleza, la RTN puede pasar inadvertida. A veces es necesario estar muy atento para detectar en qué momento el analizado reconoce la ayuda recibida y empieza a desvirtuarla. Melanie Klein subraya que las críticas a una interpretación que produjo alivio nos deben hacer presumir la reacción terapéutica negativa, aun en el caso de que estas críticas tengan visos de realidad. Como dice el refrán, a caballo regalado no se le miran los dientes. Si el analista logró aliviar la angustia del paciente o resolver su conflicto, decirle por qué no lo hizo antes, por qué demoró, o criticar la forma en que se expresó, por más que esas reflexiones sean justas, lo más probable es que expresen la reacción terapéutica negativa, un ataque envidioso o lo que fuere. Esto no quiere decir que se le interprete lisa y llanamente al paciente su ataque envidioso. El gran peligro de utilizar con demasiada generosidad el concepto de RTN es reforzar nuestra omnipotencia. De todos modos, Melanie Klein insiste mucho en este hecho fenomenológico, la vivencia de alivio, el sentimiento de que la interpretación alivió, que le esclareció algo al sujeto. Lo mismo puede aplicarse al juicio del paciente sobre la marcha del análisis. Lo que después viene en cuanto a críticas a la interpretación hay que tomarlo como un indicio de reacción terapéutica negativa. Aunque por razones éticas o por motivos estratégicos podamos atender estas objeciones o críticas sin salirles al paso, no deberíamos dejarnos engañar por su aparente racionalidad.

Otro indicador importante es para mí la confusión. Melanie Klein señaló en su libro de 1957 que la envidia produce confusión porque no permite discriminar entre el objeto bueno y el malo, un aporte de gran envergadura. Yo me refiero a la confusión como indicador. Aquí, nuevamente, habrá que tomar los recaudos recién mencionados. Si yo hago una interpretación que me parece que da en la tecla y el paciente dice que no la entendió, lo primero que pienso es que no habré sido claro, porque no soy tan vanidoso como para pensar que siempre me expreso bien. Pero también en ese sentido trato de no pecar de ingenuo, porque lo más común en estos casos es que cuando se vuelve a dar la interpretación tratando de hacerla más clara el paciente no la acepta por otros motivos.

Otro factor es la convicción. No digo que si un paciente no tiene convicción de lo que le hemos interpretado está expresando su reacción terapéutica negativa, porque eso nuevamente me colocaría a mí en el epicentro de la omnipotencia. Digo que muchas veces este tipo de enfermos dicen que sí, que la interpretación es cierta pero no quedan del todo convencidos. Cuando el paciente dice que la interpretación no lo convence ya implica algún conflicto porque lo que el analista dice no es para convencerlo sino para informarlo. Si el paciente dice que la interpretación no lo convence hay algo llamativo, porque podría decir que no está de acuerdo, que la interpretación le parece equivocada o que adolece de una falla lógica. La idea de que el analista lo quiere convencer implica las más

de las veces un fuerte conflicto: el paciente le está atribuyendo al analista una intención que no conviene a nuestra técnica.

4. Función de los objetos internos

Creo que actualmente comprendemos mejor no sólo la lucha de las tendencias de vida y muerte en la RTN, sino también la función de los objetos del self.

En este sentido es valiosa la investigación de Rosenfeld (1971, 1975 *a* y *b*) que parte de una disociación del self en omnipotente-narcisístico y dependiente-infantil. Sobre la base de este esquema, parecido al de Fairbairn (1944) del yo libidinoso y el saboteador interno (yo antilibidinal) y que también remite a las ideas de Meltzer (1968) sobre el tirano, surge una dramática entre el self infantil y el self narcisístico.

Más recientemente Gaddini (1981), al estudiar el acting out, en el Congreso de Helsinki, propone una división similar del aparato psíquico entre el self omnipotente y el yo. Si de pronto se hace visible el progreso, el yo «tiende a mostrar a sus poderosos enemigos internos que lo que ha surgido no es cierto», con lo que se constituye una típica RTN (Gaddini, 1981, pág. 1136).

En el *self infantil* está colocada para Rosenfeld la capacidad de amor y, lo que es lo mismo, la dependencia, porque en cuanto nosotros reconocemos la existencia de un objeto amoroso estamos inmediatamente en una situación de dependencia frente a él, sea cual fuere la relación que exista entre ese objeto y nosotros. En la otra parte, en el *self narcisístico*, están acantonadas la envidia y la destructividad.

Esta estructura dual del sujeto cristaliza en el proceso analítico en una lucha permanente entre los reiterados intentos del analista de tomar contacto con la parte infantil que es capaz de dependencia (y por tanto de colaboración) y los ataques concretos que el yo narcisístico dirige contra el analista y contra el yo infantil.

En su trabajo al Congreso de Viena de 1971, Rosenfeld sigue la línea que, a partir de Abraham (1919) y Reich (1933), conecta narcisismo, agresión y resistencia, así como las ideas de Klein (1946) sobre la disociación originaria del objeto y del self y el papel de la envidia primitiva que, como es sabido, esta autora lleva hasta el comienzo de la vida, a la relación del bebé con el pecho de la madre. Esta envidia al objeto bueno que da y en cuanto que da aparece en la transferencia a través de las más dispares manifestaciones y muy típicamente —ya lo hemos visto— como RTN. Más allá de otros motivos más sutiles, complejos e indirectos, es evidente que la teoría de la envidia primaria ofrece una explicación consistente frente a esa respuesta paradójica de una persona que reconoce haber recibido un beneficio y sin embargo responde negativamente.

El self narcisista se presenta para Rosenfeld altamente organizado como una banda delincuente y poderosa que, con amenazas y **propaganda**,

mantiene esclavizado al self infantil. Cada vez que este quiere expresarse o pretende liberarse vuelve a aparecer la patota o la mafia que lo somete y lo aplasta. Así se configura la dramática de la RTN, así queda jaqueada y anulada la relación de dependencia y amor del self infantil con el analista. De esta forma, como dice Meltzer en las primeras páginas de *The psycho-analytical process* (1967), la cura consiste verdaderamente en una difícil y riesgosa operación de salvataje. Por esto dice Rosenfeld que «es esencial ayudar al paciente a encontrar y rescatar la parte dependiente y sana del self de la trampa en que está dentro de la estructura psicótica y narcisista, ya que en dicha parte se encuentra el vínculo esencial de la relación positiva de objeto con el analista y el mundo» (1971, pág. 175).

De esta forma, la explicación personalística de Rosenfeld no sólo integra válidamente las diversas investigaciones ya estudiadas sobre la RTN, sino que nos permite también ser más ecuanímes en su interpretación: podemos ver no sólo la envidia, el masoquismo y el narcisismo sino además el amor, los celos y la culpa, llegar hasta el altruismo inconciente y por fin alcanzar el amor, ese amor «profundamente enterrado» que con tanta pasión y paciencia buscaba Joan Rivière.

Uno de los artificios de que se vale el self narcisístico para que el self infantil se ponga de su lado es justamente hacerle sentir celos, porque los celos son por definición atributo del self infantil; la envidia, en cambio, pertenece ante todo al self narcisístico. Cuando el self narcisístico y el self infantil se unen en una pareja perversa que deja excluido al analista, la labor de este se ve extremadamente dificultada.

5. Defensas maníacas y ataques maníacos

Cuando retoma la investigación de Rivière en su trabajo de 1975, Rosenfeld establece una precisión importante en cuanto al valor de las defensas maníacas en la RTN. La manía no es sólo un método de defensa, como la concibe Rivière, que el paciente moviliza enérgicamente para evitar la catástrofe depresiva, la culpa y la desolación. Es también un método enderezado a atacar al objeto. Por esto Rosenfeld habla, como también Betty Joseph (1971, 1975) y otros autores poskleinianos, de *defensas* y *ataques* maníacos. En este sentido, el sentimiento de culpa queda explicado no sólo por los pretéritos ataques a los objetos edípicos y preedípicos de la lejana infancia, sino también por los que ahora se consuman contra el analista en cuanto los representa en la transferencia y hasta sobre el analista real que está ayudando al sujeto. Digamos, también, que este sentimiento de culpa se asienta sustancialmente en el self infantil libidinoso y proviene de dos fuentes, del ataque predominantemente envidioso del self destructivo, omnipotente y narcisista, y también del self infantil en cuanto, por temor o por celos, se deja seducir por él y lo secunda. En otras palabras, el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo se comprendan mejor desde la perspectiva de esta doble estructura del self.

No es pues la envidia (o la agresión en general) ni el sentimiento de culpa lo que explica alternativa o excluyentemente la RTN sino la acción conjunta de ambos, en cuanto el sentimiento de culpa surge de los ataques al objeto por envidia, por celos, rivalidad o lo que sea. Los celos, la envidia y la rivalidad germinan, por su parte, en la estructura narcisista y la falta de autoestima, que se potencian recíprocamente.

En resumen, narcisismo, envidia y sentimiento de culpa forman un conjunto en que cada factor se da en función de los otros. Joan Rivière insiste con razón en que el paciente teme caer en una situación de dependencia; pero no advierte que la culpa está vinculada justamente al rechazo de esa dependencia con un permanente ataque envidioso al objeto. Esto resulta sorprendente si se tiene en cuenta que cuatro años antes, en «*Jealousy as a mechanism of defense*», Rivière había desenmascarado con admirable precisión la envidia que puede estar detrás de los celos.

6. Self narcisístico y superyó

Rosenfeld revisa las explicaciones freudianas de 1923 y 1924 intentando desligar del superyó los ataques del self narcisístico contra el self infantil y el objeto, lo que me parece algo artificial y desde luego discutible. En realidad, resulta muy difícil deslindar si la buena interpretación es atacada porque injuria al narcisismo del yo o porque el superyó le dice al yo que no la merece, que no se merece el bien que le dan. Esto guarda relación con la alternativa planteada por Freud sobre el yo masoquista y el superyó sádico y con lo que Bion llama en los últimos capítulos de *Learning from experience* (1962b) *super-superyó*, una instancia que no quiere conocer la verdad y niega el conocimiento y la ciencia sobre la base de una moral que no se basa en nada. El super-superyó de Bion está muy cerca, a mi juicio, del yo narcisístico: en cuanto el yo narcisístico asume falazmente un carácter moral para atacar al yo estaríamos en esta condición. En otras palabras, cuando nosotros decimos que el yo narcisístico ataca al yo infantil tenemos la impresión de que estamos lejos de un funcionamiento superyoico, de una instancia moral; pero es que este ataque siempre o casi siempre se reviste de un carácter ético, moral (la ética delirante), con lo que ya estamos dentro de la función superyoica. La divergencia, pues, depende de que nosotros queramos subrayar un factor o el otro.

7. Críticas, idealización y contratrasferencia

Hemos dicho ya que el adecuado análisis de las críticas del paciente abre una vía de abordaje a la envidia latente. Digamos ahora que esta vía es por demás difícil, porque nos hace correr dos peligros a falta de uno:

no reconocer lo que hay de cierto en las críticas que se nos formulan y, al revés, para aceptarlas y tolerarlas, terminar por apaciguar al paciente. Ambos errores conducen a lo mismo, a que se establezca un vínculo idealizado, donde la transferencia negativa queda una vez más disociada. No siempre se resuelve la situación reconociendo la parte de verdad «objetiva» que hay en la crítica del paciente, y pongo las comillas para recordar que nuestra tarea no es establecer la objetividad de los hechos sino tratar de descubrir las fantasías del analizado para que él mismo decida sobre los hechos.

Es necesario tener siempre en cuenta, y bien en cuenta, que la teoría de la envidia puede realmente ser utilizada por el analista para fomentar en el analizado la idealización, para negar sus propias limitaciones y sus fallas. Una buena técnica debe reconocer las razones del paciente, no sólo por las inexcusables exigencias de la ética, sino justamente para que la envidia aparezca como debe aparecer, es decir, frente a los *aciertos* del analista. Si el analista no reconoce sus fallas puede interpretar como envidia lo que es de verdad su propio error. Vale la pena destacar aquí como verdad de Perogrullo que si el analista no trabaja con suficiente acierto la envidia no aparece ¡y no tiene por qué aparecer!

Por todas estas razones, se comprende que el análisis de la envidia nunca es fácil y menos la RTN, donde ya hemos dicho que participan un sinnúmero de factores que se potencian y se influyen reciprocamente. Al mismo tiempo, estoy convencido de que la envidia es factor necesario para que se constituya la RTN, y por tanto nunca podrá dejársela del todo de lado en nuestra estrategia interpretativa. Se abre aquí una polémica apasionante, que no sólo tiene que ver con la técnica sino también con las teorías del desarrollo temprano, y que vamos a plantear a continuación al hablar de los trabajos de Limentani y de Ursula Grunert.

8. Los peligros de estar sano

La línea de pensamiento que hasta ahora hemos seguido parte del principio de que el progreso, la salud y el alivio son un bien que el analizado rechaza. Cabe preguntarse, sin embargo, si estos «bienes» no pueden ser algo malo para quien los recibe. Esto se lo plantea, entre otros, Limentani (1981), que ya había señalado el lado bueno del acting out. El escrito de Limentani se pone bajo la advocación de una bella frase de T. S. Eliot en *The family reunion*: «*Restoration of health is only the incubation of another malady*». ¿Y no decimos los escépticos argentinos que a veces el remedio es peor que la enfermedad?

Limentani, entonces, se propone investigar los aspectos de la RTN que sirven para revelar los temores profundos que puede significar la salud para ciertos pacientes. Sin dejar de lado que la RTN indica que algo anda mal en la situación analítica, es innegable también que se trata de un síndrome complejo, de múltiples causas entre las que cabe mencionar

el sentimiento de culpa, la necesidad de castigo, el narcisismo, la depresión, la rivalidad y la envidia, el instinto de muerte, la tendencia regresiva a la fusión simbiótica con una madre absorbente, etcétera.

Limentani presenta dos casos clínicos donde registra la lista entera de los factores antedichos aunque piensa que, finalmente, la fantasía dominante en la transferencia era de fusión con la madre, con un sentimiento de sentirse separado bruscamente del analista (1981, pág. 387).

Basado en su experiencia clínica, Limentani considera que el paciente se defiende con la RTN de un peligro o de una amenaza y que si nos ataca es porque en ese ataque está su mejor defensa. En un todo de acuerdo con Pontalis (1979), Limentani piensa que la RTN es una forma especial de acting out donde se repite una experiencia traumática muy temprana como la separación de la madre o el destete. En conclusión, Limentani sostiene que, en los casos más severos, la RTN «es una forma especial de acting out de la transferencia en la situación analítica a la vez que una pertinaz defensa en contra de volver a experimentar el dolor y el sufrimiento psíquicos asociados con un trauma infantil» (*ibid.*, pág. 389).

9. Simbiosis y reacción terapéutica negativa

En la Tercera Conferencia de la Federación Europea de 1979 se realizó una reunión —*New perspectives on the negative therapeutic reaction*—, donde hablaron sobre el tema Ursula Grunert, Jean y Florence Bégoïn y Janice de Saussure.

Ursula Grunert (1981) parte de la teoría del desarrollo de Margaret Mahler, en términos de separación-individuación. Si se han salvado suficientemente bien las diversas subfases del proceso de separación durante los primeros años de la infancia no habrá una verdadera RTN durante el análisis; pero si el proceso de separación no se cumplió hasta llegar a un cierto grado de constancia objetal puede sobrevenir este temido inconveniente.

La RTN para Grunert representa una toma de distancia del paciente, el *no* trasfereñal que corresponde a las distintas fases del proceso de separación en cuanto se reactiva en la transferencia y puede expresar el deseo de autonomía tanto como un oculto deseo de fusión (*ibid.*, pág. 5). Debemos ver la RTN como la separación patológica de la relación diádica, que encuentra en la transferencia el lugar más apropiado para producir su nueva edición y sólo allí puede ser resuelta.

El ejemplo clínico de Ursula Grunert con su paciente A no es para mí muy convincente ya que, como la paciente misma, pienso que la analista no hace quizá lo más adecuado. La analista cita una interpretación en la que, recogiendo las asociaciones de la paciente, le dice: «Usted siente como si estuviera traicionando a su madre si quiere ser independiente». A la sesión siguiente la paciente trae un sueño: «Me quiero ir y estoy haciendo mis valijas. Mi madre prepara una torta incomible. Me pongo fu-

riosa y la hago yo». A través de sus asociaciones la paciente tomó conciencia de hasta qué punto su madre la había mantenido dependiente y malcriada. Como muestra el sueño, la madre quiere retenerla con la torta indigerible y ella sólo poniéndose furiosa puede tomar el camino de la independencia. En la sesión próxima (la de la RTN) la analizada viene muy deprimida, dice que nadie puede ayudarla, y menos la analista, ya que con ella ha venido a cambiar una dependencia antigua por una nueva.

No creo, realmente, que una simbiosis perturbada que marca hondamente a un niño pueda ser resuelta con interpretaciones que responsabilizan a la madre, dejan de lado la situación trasfereñal y cambian una dependencia por otra, como dice la analizada. Pienso también que el sueño se refiere a la transferencia y que la analizada crítica (como yo) las interpretaciones extratrasfereñales de la doctora Grunert.

De todos modos, como bien dice la autora, la analizada pudo aceptar que la analista misma podía ser un objeto del cual ella podía depender, con lo que se desencadenó una intensa y prolongada transferencia negativa, que pudo irse elaborando adecuadamente, gracias a la transferencia positiva latente.

Concluye la autora que las múltiples experiencias de separación que conlleva el análisis permiten reactivar el perturbado proceso de separación de la infancia y poner en marcha el proceso de elaboración. De este modo, la RTN debiera considerarse no sólo como un obstáculo sino también como una oportunidad de experimentar emocionalmente las fallas del desarrollo en la transferencia y llegar a solucionarlas por medio de la elucidación con el bien dispuesto analista (*ibid.*, pág. 19).

Las ideas de Limentani, Gaddini y Ursula Grunert que acabo de exponer parten de las teorías del desarrollo de Winnicott y Margaret Mahler, en las cuales se considera que la ruptura de la primitiva relación madre-niño es un momento decisivo del desarrollo. Vale la pena subrayar, porque sanciona un reconocimiento histórico, que a las mismas conclusiones había llegado anteriormente José Bleger cuando publicó «La simbiosis» en 1961.³ En este trabajo Bleger caracteriza a la simbiosis como el vínculo con lo que él llama *objeto aglutinado* en un momento del desarrollo anterior a la posición esquizoparanoide de Klein, *la etapa glischrocárica*. Ese ligamen tan primitivo puede originar, entre otros fenómenos, la reacción terapéutica negativa, que sería entonces un intento (desesperado) de restablecer el estado no discriminado entre yo y no-yo.

Por otra parte, los estudios de Cesio de los años cincuenta también apuntan en la misma dirección, en cuanto entienden la reacción terapéutica negativa como una forma de evitar la angustia catastrófica y la psicosis vinculadas al psiquismo fetal.

³ Este ensayo se incorporó después al cap. II de *Simbiosis y ambigüedad*, que Paidós publicó en 1967.

10. Reacción terapéutica negativa y transferencia negativa

A veces se tiene tendencia a superponer la transferencia negativa y la reacción terapéutica negativa, lo cual es un error, error que puede servir, justamente, para ubicarlas en una clase distinta de fenómenos; la transferencia negativa tiene que ver con técnicas o tácticas defensivas del yo, la RTN con estrategias yoicas. La transferencia negativa *per se* no tiene que ver con la reacción terapéutica negativa; puede hasta ser una forma de colaborar con el análisis, y lo es muchas veces. La cuestión se plantea si y sólo si el analizado siente alivio con una interpretación de la transferencia negativa y consiguientemente la ataca: «Su interpretación es correcta y ahora no siento angustia; pero yo me pregunto por qué usted siempre me interpreta los sentimientos negativos, yo así me siento humillado, parece que usted nunca puede ver algo bueno en mí». Esta reacción, como es obvio, puede darse también cuando se interpreta la transferencia positiva. Un analizado siempre protestaba airadamente porque yo sólo le interpretaba la transferencia negativa, lo que él explicaba porque yo era un kleiniano mal nacido (con otras palabras); pero una vez que le interpreté creo que correctamente, sus buenos sentimientos hacia mí, me respondió, vivamente «¡Epa! ¡Usted me está tratando de... homosexual!». (Por cierto que no empleó esta palabra.)

No hay duda de que detrás de la reacción terapéutica negativa hay siempre una transferencia negativa; también es cierto que siempre hay mucho más que eso. No es simplemente la envidia o el instinto de muerte lo que está en juego sino también el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo, la necesidad de controlar al objeto y de repararlo, el deseo de mantener contra viento y marea la unión y de liberarse para ser independiente y mil cosas más que nosotros tenemos que interpretar; la reacción terapéutica negativa no está exclusivamente alimentada por sentimientos negativos. Diría que sí lo único que yo siento es envidia, no voy a tener una reacción terapéutica negativa sino más bien una transferencia negativa. Tiene que haber también capacidad de dependencia, libido, sentimientos de culpa, altruismo y otros elementos para que se constituya la reacción terapéutica negativa. Con razón decía Joan Rivière que si se interpreta a estos pacientes sólo los sentimientos negativos se fomenta, en lugar de disminuirse, este tipo de reacción. Y es lógico porque esa actitud tiende a reproducir en el proceso analítico la peligrosa configuración interna de un superyó sádico (el analista) y un yo-paciente masoquista.

La transferencia negativa en sí nada tiene de malo cuando aparece en el análisis. En cuanto es parte del conflicto, debe expresarse para que el analista tenga la posibilidad de interpretarla como todos los otros deseos y sentimientos que van apareciendo en la sesión. Si ataco a mi analista y tengo simultáneamente la idea de que le estoy dando material, en realidad lo que espero es que él comprenda los motivos de mi agresión y me los interprete. Como dije al hablar de la clasificación de la transferencia, los adjetivos «positiva» y «negativa» se le aplican para separar los afectos y las pulsiones, no con criterio normativo, ¡y menos ideológico!

Tampoco la reacción terapéutica «negativa» denota para nada una toma de posición axiológica, por mucho que la siempre jaqueada contrasíntesis del analista connote como mala la reacción del analizado. El analizado reacciona como puede y a nosotros nos toca interpretar lo que pasó en la forma más ecuánime posible. Me parece que el celo de algunos autores para señalar que la reacción terapéutica negativa no es tan *negativa* tiende a evitar este equívoco, señalando el error de calificar ideológicamente lo que pasa. El término describe, por cierto, una respuesta del analizado, no la clasifica de buena o mala.

11. El negativismo y la reacción terapéutica negativa

Desde una perspectiva similar a lo anterior, Olinick (1964) entiende la RTN como un caso especial de negativismo, que expresa un *no* rebelde del analizado, a veces por vía de la acción o del acting out. Este negativismo debe explicarse a partir del trabajo de Freud sobre la negación (1925h) y también del *no semántico* de Spitz (1957). Como es sabido, el «no» que aparece hacia los 15 meses es para Spitz uno de los indicadores del desarrollo, al lado de la sonrisa del tercer mes y la angustia del octavo. El no semántico del niño es una identificación con el objeto que lo frustra y, al mismo tiempo, una primera comunicación simbólica.

Anna Freud (1952) demostró convincentemente que el negativismo puede ser una defensa extrema cuando el sujeto siente que corre el peligro de quedar emocionalmente sometido o esclavizado.⁴

Olinick piensa que los pacientes que tienden a reaccionar con la RTN son los que unen a su fuerte negativismo una estructura donde se juntan el masoquismo y la depresión. La depresión y la rabia por lo general se proyectan en los otros, que reaccionan entonces con depresión. De ahí que la reacción contrasíntesis con estos pacientes sea de aburrimiento y somnolencia.

Coincido con las observaciones de Olinick, pero no las creo específicas de la RTN sino, más bien, de la neurosis grave de carácter que describió Abraham (1919) y fue el punto de mira de Joan Rivière (1936). Este cuadro clínico puede, por cierto, llevar a un vínculo trasíntesis-contrasíntesis masoquista, que coincide con la descripción de Kernberg (1965) sobre la llamada fijación contrasíntesis crónica.

12. Reacción terapéutica negativa y acting out

A lo largo de este capítulo y del anterior he sostenido que la RTN es un utensilio sumamente útil para la praxis psicoanalítica ya que destaca

⁴ El término original de Anna Freud era *Hörigkeit*, traducido al inglés como *emotional surrender*.

una determinada actitud del analizado y marca el camino para nuestro esfuerzo. Dije también que, a diferencia del acting out, el concepto de RTN fue claramente definido por Freud desde el principio y con provecho se remiten a él las investigaciones.

Algunos trabajos recientes, sin embargo, tienden a superponer la RTN con el acting out. Como hemos visto, Limentani (1981) dice que las formas más crónicas de RTN son un tipo especial de acting out en la transferencia. Más categórico todavía es Pontalis (1979) en su intento de dismantelar la RTN.

Pontalis pone el énfasis en el sustantivo *reacción* y señala que, por definición, este término responde a una acción anterior. Esto lo conduce a Pontalis de la mano al terreno de la acción, del *agieren*, donde la acción de una madre negativa no puede sino condicionar una igual respuesta en el niño. De ahí el título de su trabajo: «No, dos veces no. Intento de definición y de dismantelamiento de la “reacción terapéutica negativa”». Al final de su trabajo dice Pontalis: «Solamente esto: existen madres —y analistas— a los que uno necesita creer, y ellos también necesitan creerse, realmente irresistibles. Cómo, entonces, no resistir con todas las fuerzas a un análisis que, desde que uno se compromete en él, sólo da la ilusión del reencuentro del objeto, de su posesión intemporal, para instituir la separación» (*Revista de Psicoanálisis*, pág. 620).

Al ubicar la situación analítica en las coordenadas de acción y reacción Pontalis se desliza de la RTN al acting out, por esto dice que la situación analítica es tensa y no hay forma de que el analista se aburra con estos pacientes, aunque sufra. Pontalis está describiendo, en efecto, la situación analítica típica del acting out, y entonces yo me pregunto si la caracterización que él hace de la RTN como una forma de *agieren* no lleva el propósito de confundir los dos conceptos, en un todo de acuerdo con el último párrafo de su trabajo, donde dice que para dismantelar la RTN nada mejor que fracasar al definirla.

Tal vez sea el momento de aclarar que al delimitar los conceptos de acting out y RTN no quiero sugerir que en la clínica aparezcan siempre recortados. A veces en un mismo enfermo pueden darse simultáneamente ambos fenómenos y otras, a mi juicio más comunes, puede observarse que el acting out está al servicio de la RTN. A veces el paciente borra con el codo lo que escribe con la mano, como dice el refrán: *actúa* a los efectos de negar el progreso recién conquistado. Así por ejemplo, los dos ilustrativos casos que presenta Limentani en su trabajo son para mí ejemplos cabales donde el acting out en la transferencia se utiliza coyunturalmente para establecer o mantener la RTN.

Sin embargo, pienso que, por lo general, en la clínica los pacientes que adoptan una de estas líneas no recurren mayormente a la otra. El paciente que se mueve con la reacción terapéutica negativa continuará siempre en esa línea, desde el primer día hasta el último de su análisis y lo mismo para el acting. El paciente que utiliza el acting out para controlar la angustia ante lo desconocido al comienzo del análisis lo va a usar cinco o diez años después para evitar la angustia por la finalización del análisis.

Lo que cambia es el grado y la plasticidad. Yo pienso que, en general, las estrategias del yo, como las estructuras caracterológicas, mantienen su estabilidad, aunque el análisis las haga más fluidas y versátiles. Si yo me analizo por mi neurosis obsesiva, el análisis no me va a transformar en un tipo de acción, pero hará posible que incorpore algunos repertorios nuevos y que, en un momento dado, dejando de lado el razonamiento, responda con actos si así lo imponen las circunstancias.

Como la mayoría de los autores, creo personalmente que el analizado que actúa carga más la contratrasferencia que el paciente con reacción terapéutica negativa. La respuesta contratrasferencial al enfermo actuador es muy viva y dolorosa. En cambio, como señala Cesio, cuando la RTN domina el cuadro, el analista tiende a desentenderse de su paciente y reacciona con cansancio, aburrimiento y letargo. No son estos, por cierto, los pacientes que nos tienen en ascuas a pesar que lo diga Pontalis.

No vaya a pensarse que las reacciones contratrasferenciales más fuertes son las más perturbadoras porque, en realidad, el analista incurre en un conflicto de contratrasferencia tanto si se enoja o asusta como si se aburre. El conflicto de contratrasferencia se mide más por su intensidad que por sus características.

Lo mismo reza para el analizado. El pronóstico depende de la intensidad de los conflictos y de cómo responde el analizado a la interpretación. Muchos autores afirman que la RTN es más grave que el acting out pero es porque la redefinen como algo insuperable. Yo creo que no es así, que la RTN puede ser grande o chica, fácil de modificar o irreversible, igual que el acting out. Aquí tal vez habría que pensar, como Freud, que Dios siempre está a favor de los batallones más fuertes.

13. El pensamiento paradójico

Cuando definen en su *Vocabulaire* la RTN, Laplanche y Pontalis (1968) señalan su naturaleza paradójica. Este pensamiento se encuentra también en otros autores y yo mismo, cuando hablé de la impasse y la RTN en 1976, señalé que estos pacientes funcionan sutilmente en el terreno de las paradojas lógicas. Estos mismos pensamientos inspiran a Didier Anzieu en su trabajo «La transferencia paradójica» (1975). Anzieu parte de los estudios de la escuela de Palo Alto sobre la comunicación paradójica y las transacciones descalificadoras. Cuando este distorsionado tipo de comunicación entre padres e hijos se reproduce en el análisis se configura una transferencia paradójica y, a poco que el analista quede entrampado, también una contratrasferencia paradójica que conduce el análisis por los ominosos caminos de la RTN. Ahora bien, como dicen los comunicólogos de Palo Alto, sólo se puede salir de una comunicación paradójica «metacomunicando» sobre la situación misma, de modo que la principal tarea interpretativa en estos casos gira alrededor de cómo se distorsionan los mensajes en la situación analítica.

En su intento de comprender el pensamiento paradójico en términos de las teorías psicoanalíticas y no solamente comunicacionales, Anzieu sostiene que los factores que más juegan son el narcisismo y la pulsión de muerte, que vincula también a los estudios de la escuela kleiniana sobre la envidia.

Tal vez en este punto sea oportuno señalar un fenómeno idéntico aunque de signo contrario a la RTN, que implica sin embargo la misma paradoja. Me refiero al auspicio que puede dar este tipo de analizados a los errores del analista. A este curioso fenómeno, hartamente pero muy poco estudiado, se le podría llamar *reacción iatrogénica positiva*. En estos casos el error del analista promueve el acuerdo, cuando no el aplauso y hasta la mejoría del analizado. Liberman se ocupa también de este fenómeno, señalando que el paciente puede decodificar las interpretaciones en términos de retroalimentación negativa o positiva: un paciente colabora cuando le da al analista un *feed-back* que le permita reforzar sus aciertos y corregir sus errores (retroalimentación negativa). En cambio, en la reacción terapéutica negativa sucede lo contrario, es decir, el paciente retroalimenta positivamente los aciertos y negativamente los desaciertos. Ya mencioné la paciente que siempre me felicitaba por algo que yo había dicho al comienzo de su tratamiento y que era un claro error de mi parte. Este tipo de respuesta hay que tenerlo en cuenta, porque tales comentarios pueden ser a veces muy peligrosos: «Me gusta que me haga esperar porque me parece que es más humano». De esta forma se retroalimenta positivamente el error y cada vez se hace mayor. Si yo pienso que el paciente está conforme con que lo haga esperar, tendré más tendencia a retrasarme.

14. Comentario final

Si nos mantenemos fieles a la clara definición de 1923, la reacción terapéutica negativa se nos presenta como uno de los azares del tratamiento analítico, que se caracteriza por una respuesta paradójica en que el analizado empeora cuando tendría que mejorar (y después de haber mejorado).

Inicialmente, Freud atribuyó la RTN al sentimiento de culpa (superyó severo, sádico), luego al masoquismo moral (yo masoquista) y por fin al instinto de muerte, sin que estas explicaciones sean excluyentes. Tampoco lo son las que dieron después Karen Horney (rivalidad, temor a la envidia), Joan Rivière (temor a una catástrofe depresiva, altruismo inconciente) y Melanie Klein (envidia). Las últimas explicaciones propuestas giran preferentemente alrededor de los conflictos de la integración (Gadini, Limentani) y de la simbiosis madre-niño (Ursula Grunert).

Si bien algunos de estos puntos de vista pueden ser inconciliables al nivel de las teorías que los sustentan, yo creo que todos aparecen en la clínica y todos deben ser en su momento interpretados. Con uno solo o un

par de ellos no vamos a responder a la hermosa complejidad de la clínica analítica. Lo que aquí nos separa en escuelas es que, cuando llega el momento de convertir en conceptos nuestra experiencia clínica, decimos que «en el fondo el factor decisivo es...»; pero, en realidad, cuando enfrentamos la RTN, tenemos que interpretarla de muchas maneras y con diferentes perspectivas.

En fin, todo parece indicar que los conflictos tempranos desempeñan un papel importante en la reacción terapéutica negativa (y lo mismo cabe decir para el acting out y la reversión de la perspectiva) pero sería un error enfrentarla con un esquema preconcebido del desarrollo a la espera de que el material clínico lo confirme. Como analistas, lo único que podemos hacer es recoger ese material clínico tal como aparece en la transferencia, dispuestos con igual modestia a que apoye o refute nuestras ideas.

57. La reversión de la perspectiva (I)

1. Recapitulación brevísima

Estamos estudiando las vicisitudes del proceso analítico y hemos aliñado los factores que lo influyen en buenos y malos con un criterio un tanto maniqueo, que puede servirnos, sin embargo, si lo tomamos como una orientación que no nos exonera de reconocer la inabarcable complejidad del hecho clínico. Así, hemos puesto en una columna honrosa y única al insight acompañado de la elaboración, y, en la otra, al acting out, a la reacción terapéutica negativa y a lo que ahora vamos a estudiar, la reversión de la perspectiva. Estos tres fenómenos van juntos porque pertenecen a una misma clase, ya que tratan de impedir el desarrollo del insight o, lo que es lo mismo, evitar el dolor mental que el insight provoca inevitablemente. Como ya vimos en su momento, en cuanto nos obliga a cambiar lo que pensábamos de nosotros mismos, el insight siempre se acompaña de dolor.

El estudio del acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva nos permite comprender y *grosso modo* ubicar el comportamiento de los pacientes durante el proceso analítico. Hay quienes desarrollan su análisis (y su vida) utilizando como principal instrumento de adaptación o, mejor dicho, de desadaptación, el acting out, otros recurren a la reacción terapéutica negativa y otros, por fin, a la reversión de la perspectiva.

Yo creo que este agrupamiento es válido y es útil si sabemos reconocer sus limitaciones; y creo, también, que estos cuadros se escalonan en el sentido de que el acting out puede ser instrumentado como una forma de instaurar la reacción terapéutica negativa, y la reacción terapéutica negativa puede conducir, a su vez, a la reversión de la perspectiva. Este camino parece que sólo puede transitarse en esta dirección y no al revés, es un camino creciente. Cuando Abraham (1919a) dice que sus enfermos narcisistas tienen una gran dificultad para reconocer el papel del analista y discuten continuamente sus interpretaciones, etcétera, estamos en una franja imprecisa y no sabemos realmente si lo que el genio de Abraham está detectando será lo que después se va a llamar reacción terapéutica negativa o reversión de la perspectiva.

2. Primeras aproximaciones

La reversión de la perspectiva nos va a dar la oportunidad de estudiar un aspecto singular del proceso analítico y será también un pretexto para acercarnos a las originales ideas de Bion. Por *reversión de la perspectiva* vamos a entender los procesos de pensamiento vinculados a un drástico intento de sacar de quicio la situación analítica, de ponerla cabeza abajo.

Bion introduce este concepto en *Elements of psycho-analysis* (1963) cuando está estudiando el área psicótica de la personalidad, no el proceso analítico. Al considerar la reversión de la perspectiva desde un punto de vista técnico yo la presento, de hecho, en otro contexto que el que Bion inicialmente propuso, pero en nada violento su pensamiento, en cuanto él pensaba que estas ideas tenían que ver con la praxis del consultorio.

Bion descubre, entonces, la reversión de la perspectiva al estudiar el área psicótica de la personalidad, al lado del ataque al vínculo, las transformaciones en alucinosis y otros fenómenos.¹

Bion describió el *ataque al vínculo* en su trabajo homónimo de 1959 y en uno del año anterior, «On arrogance». La parte psicótica de la personalidad realiza ataques destructivos contra todo lo que en su sentir tiene la función de unir un objeto con otro, y que en principio son las emociones. Bion considera que los prototipos de todo vínculo son el pecho y el pene que sufren el violento sadismo del niño en los primeros meses de su vida, como postuló Melaine Klein desde sus primeros trabajos.

Cuando en la clínica se encuentra un trío formado por arrogancia, estupidez y curiosidad es porque el ataque al vínculo ha operado devastadoramente y es, por tanto, índice de una catástrofe psicótica en que fueron dañados severamente los objetos primarios. La triada de Bion es difícil de manejar clínicamente, porque por un lado está la curiosidad perentoria e intrusiva y por otra la insultante arrogancia que se realimenta en la estupidez proyectada en el objeto. Esto lleva al paciente a una continua y despiadada desvalorización de los demás, y entre ellos desde luego al analista y sus interpretaciones. Todo esto implica una sobrecarga en la contratransferencia difícil de soportar.

La *transformación en alucinosis* está siempre vinculada a un desastre original donde los contenidos emocionales del bebé no encontraron el *rêverie* materno suficiente para ser convertidos en elementos alfa. La alucinación es siempre, en última instancia, la expulsión de elementos beta del aparato psíquico. La transformación en alucinosis surge básicamente de la intolerancia frente a la ausencia del objeto o, lo que es lo mismo, de la frustración y el dolor.² Hay que tener en cuenta que, para Bion, la alucinación no es sólo un síntoma clínico de la psicosis sino una particularidad de su funcionamiento, que consiste en evacuar trozos escindidos de

¹ Para un estudio más riguroso, véase el capítulo II, «Psicosis», del libro de Grinberg, Sor y Bianchedi (1972).

² Sigo en esta explicación el capítulo V, «Transformación en alucinosis», *Introducción a las ideas de Bion, ya citada*, y desde luego el libro de Bion *Transformations* (1965).

la personalidad revirtiendo la función de los órganos sensoriales que de receptores pasan a efectores.

El otro funcionamiento del área psicótica es la reversión de la perspectiva que estamos estudiando y es justamente lo opuesto a la perspectiva reversible del insight. En este tipo de funcionamiento mental, el deseo de conocer (vínculo K) se trueca en un deseo de desconocer (vínculo -K). Del mismo modo, el funcionamiento alternante y complementario entre la posición esquizoparanoide y la depresiva ($Ps \longleftrightarrow D$) y la relación continente-contenido ($\varphi \leftrightarrow \sigma$), que son para Bion los pilares sobre los que se construye el aparato para pensar los pensamientos, presentan signo negativo.

3. La parte psicótica de la personalidad

Como acaba de verse, Bion descubre y estudia la reversión de la perspectiva desde el doble vértice de su teoría del pensamiento y de su concepto sobre la *parte psicótica de la personalidad* (PPP), no desde el punto de vista de la técnica como haremos nosotros.

Para Bion, como también para Bleger (1967), aunque con otros supuestos teóricos, la PPP es fundamentalmente un modo de funcionamiento mental, que se contrapone a otra, la llamada parte neurótica de la personalidad. Hablar de personalidad psicótica (o de parte psicótica de la personalidad) no implica un diagnóstico psiquiátrico, lo que depende de qué parte predomine o conduzca la personalidad, la psicótica o la neurótica. De la mezcla de ambas, de su suma algebraica y también de la interacción entre una y otra depende el funcionamiento del individuo. Por consiguiente, la idea de parte psicótica no implica de ninguna manera un diagnóstico psiquiátrico.

Hay varios elementos que sirven para definir la personalidad psicótica y uno de los que mejor la caracterizan es el odio a la realidad interna y externa y, consiguientemente, a todos los instrumentos que puedan poner al individuo en contacto con ella. Porque el odio a la realidad lleva necesariamente a atacar el aparato mental en cuanto instrumento para captarla. Searles (1963) dice, sin embargo, y con buenas razones, que el odio a la realidad del psicótico puede expresar también un odio muy justificado a sus primeras relaciones de objeto que fueron muy negativas (madre psicótica, por ejemplo).

Otra forma de definir la PPP, sólo en apariencia distinta a la anterior, es diciendo que la parte psicótica tiene una gran intolerancia a la frustración. Si la intolerancia a la frustración es alta se comprende inmediatamente que exista lo que dijimos antes, un odio a la realidad, porque la realidad es para todos, y más para estas personas, en última instancia frustración: la PPP siempre mide la realidad por lo que deja de dar, por el límite que impone.

Definir la personalidad psicótica por el odio a la realidad o por la in-

tolerancia a la frustración pueden ser dos enfoques distintos, sin embargo, porque el primero pretende imponer una diferencia cualitativa que no está en el segundo. Cuando digo que la personalidad psicótica se caracteriza porque odia la realidad, doy por sentado que eso no pasa con la personalidad neurótica. La segunda forma de conceptuar la diferencia es puramente cuantitativa, porque decimos que la personalidad psicótica es la que tiene *gran* intolerancia a la frustración, que el *grado* de intolerancia es mayor. La diferencia de grado no debe ignorar, sin embargo, que puede haber una diferencia de fondo: es probable que una característica de la PPP sea justamente conceptuar la realidad como frustración, ya que la realidad no es *sólo* frustración. A veces este error se infiltra en nuestras teorías científicas.

Otra forma de definir la personalidad psicótica es en términos de impulsos. En la personalidad psicótica predomina el instinto de muerte, fórmula que sería grata a Melanie Klein y tal vez al Freud de «Análisis terminable e interminable». También podríamos decir que la personalidad psicótica se vale fundamentalmente de la envidia para desarrollar sus relaciones de objeto, en contraposición a la parte neurótica que utiliza la libido. Aquí conviene establecer nuevamente que la diferencia es cuantitativa porque, si tomáramos al pie de la letra lo que yo acabo de decir, la diferencia sería radical e insalvable. Es mejor entonces decir que hay un predominio del instinto de vida o del instinto de muerte, de la libido o la envidia, del amor o el odio. En la PPP dominan nítidamente los impulsos destructivos, y a punto tal que el amor se convierte en sadismo. Esta idea de Bion hace recordar a Fairbairn (1941) cuando dice que el problema del esquizoide es cómo amar sin destruir con su amor (mientras que el del depresivo es cómo amar sin destruir con su odio).

Un rasgo sobresaliente de la PPP es el que insiste Bion es que la identificación proyectiva es patológica y de gran destructividad: es así como se ataca al pensamiento y se forman los objetos bizarros.

Los rasgos señalados explican sobradamente otra característica de la PPP, el temor a un aniquilamiento inminente, que deja su sello en la naturaleza del vínculo objetal.

4. Relaciones entre la parte neurótica y la parte psicótica

Las observaciones de Bion con respecto al tipo de relación de objeto que estructura la PPP forman una página brillante en la historia del psicoanálisis. Algo dijimos ya de este tema a propósito de la transferencia y el lector recordará sin duda «Development of schizophrenic thought» (1956), donde Bion describe los rasgos fundamentales de la personalidad esquizofrénica, que anuncia su trabajo del año siguiente «Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities». Las relaciones de objeto de la parte psicótica son a la vez prematuras y precipitadas, frágiles y tenaces.

La investigación de Bion ha podido esclarecer, pues, dos formas de funcionamiento mental que muestran la enorme complejidad de la estructura psíquica y que se extienden como un continuo desde el polo neurótico hasta el polo psicótico. Con Bion culmina el sostenido esfuerzo de Freud para integrar y delimitar psicosis y neurosis, que después reaparece en la teoría de las posiciones de Klein, sin recaer en los excesos de la psiquiatría alemana de comienzos del siglo. En su intento de diferenciar radicalmente neurosis y psicosis, Jaspers (1913), por ejemplo, las separa abismalmente con sus conceptos de *proceso* y *desarrollo* en términos de empatía.³ De este modo, las ideas de Bion representan un aporte sustancial para el desarrollo del pensamiento psicoanalítico.

Bion afirma que la brecha entre la personalidad neurótica y la psicótica no es grande inicialmente; pero, a medida que el individuo se va desarrollando, y por diversas circunstancias (que provienen de él mismo y del ambiente), esta brecha puede irse ensanchando.

Acabamos de decir que, al estudiar el funcionamiento de la personalidad, Bion destaca la relación entre *continente* y *contenido*; y utiliza para definirlos sendos símbolos que no sólo aluden a funciones sino que en alguna forma los representan concretamente. Hay para Bion una *forma positiva* de relación continente-contenido y una *forma negativa* de relación continente-contenido: $+ \varphi \sigma$ y $- \varphi \sigma$.

La relación $\varphi \sigma$ es imprescindible para el crecimiento mental. El contenido tiene que encontrar algo que lo reciba y pueda modificarlo; el continente necesita que algo lo llene, lo colme. El niño proyecta en su madre sus temores y la madre los tolera dentro de ella, los asimila; y le devuelve al niño a través de su voz, de su leche, de su calor un contenido menos angustioso, menos doleroso, más tolerable.

En la parte psicótica de la personalidad la relación continente-contenido no se da en términos positivos sino de despojo y desnudación. Lo que siente el individuo en estas condiciones es que el contenido se mete en el continente para destruirlo; y, viceversa, el continente recibe el contenido para sacarle cosas, para despojarlo.

Estos conceptos tienen mucha realidad clínica. El analizado puede sentir que la interpretación es un contenido destructivo que irrumpe en su mente para dañarlo y desintegrarlo; y, viceversa, puede recibir la interpretación para despojarla de su significado transformándola en algo malo.

Otro aspecto importante de la personalidad psicótica tiene que ver con la estructura del superyó. En la personalidad psicótica hay un *super-superyó* que enarbola la bandera de la moral simplemente para exteriorizar su envidia, su destructividad, su maldad. Para este super-superyó la norma moral no es más que una afirmación de superioridad que nace de la omnipotencia y, sin ninguna base racional, se contrapone a la ciencia.

³ El *desarrollo* puede ser comprendido empáticamente, y consiste en una respuesta a un conflicto; el *proceso* no es situativo ni comprensible, de modo que no podemos llegar a él con el instrumento fenomenológico de la empatía.

Hay relación entre estas ideas de Bion y las que propuso Rosenfeld en el Congreso de Viena de 1971 al caracterizar un self infantil y un self narcisístico. El self narcisístico, impulsado por la voracidad y la envidia, es muy parecido a la PPP; el self infantil, capaz de amor y dependencia, corresponde a la parte neurótica. La diferencia entre estas dos concepciones es más de método que de contenido. Los conceptos de Rosenfeld ponen más énfasis en la relación de objeto, y en cambio Bion hace hincapié en el funcionamiento mental. Esta concepción es procesal; aquella personalística, en el sentido de Guntrip (1961).

5. El pensamiento y la reversión de la perspectiva

Dijimos ya que la reversión de la perspectiva es uno de los modos en que funciona la PPP y ahora trataré de señalar sus rasgos principales. Empecemos por decir que la reversión de la perspectiva es una forma especial de pensamiento que trata de evitar a toda costa el dolor mental. El pensamiento es doloroso desde su origen más remoto porque, ya lo hemos visto, el primer pensamiento surge cuando se acepta el dolor de la ausencia, cuando se reconoce que el pecho no está, en lugar de expulsarlo como un pecho-malo-presente-necesidad-de-un-pecho, es decir como un elemento beta.

Para negar el dolor psíquico, la reversión de la perspectiva apoya en una modificación permanente de la estructura mental, que Bion llama *splitting estático* y que es una especie de alucinación permanente. En lugar de recurrir a este mecanismo de defensa (o a otro) ante cada situación de ansiedad, el splitting se da aquí de una vez para siempre: ubicarse en una perspectiva determinada y no moverse de ella es justamente lo que hace que toda experiencia sea decodificada desde una posición ya tomada, una posición que podríamos definir como tendenciosa; y entonces el splitting prácticamente es siempre el mismo. A esto le llama Bion *splitting estático*, que coincide notoriamente con la observación de los semiólogos de la psiquiatría clásica cuando daban como síntoma típico de la esquizofrenia la rigidez del pensamiento. En términos de la teoría de las transformaciones que Bion expuso en su libro de 1965, estas caerían dentro de las transformaciones en alucinosis.

Una vez que se establece el *splitting* estático toda la información que provenga del exterior, de los otros, no hará más que confirmar lo que el sujeto pensaba. Si pudiéramos captarlos en su funcionamiento, estos enfermos nos sorprenderían por su habilidad para dar vuelta las cosas, para acomodarse a lo que ellos piensan, a lo que les conviene, llevando siempre agua para su molino. De esta forma, la interacción permanece estática y es como si el sujeto estuviera siempre alucinando una situación que no existe.

La disposición mental que subtiende el *splitting* estático reposa enteramente en las *premisas* del pensar. El sujeto se atiene fijamente a sus

premisas, que desde luego no expone y ni siquiera conoce, porque son inconcuentes. Está continuamente reinterpretando las interpretaciones del analista para que hagan juego con sus propias premisas, que es también una forma de decir que las premisas del analista tienen que ser calladamente rechazadas. Calladamente, porque entre analizado y analista hay un acuerdo manifiesto y un desacuerdo latente, del que por lo general el analista sólo se percata cuando advierte que el proceso está completamente estancado.

Se explica, entonces, que en los momentos críticos en que no puede mantener el *splitting* estático, el paciente recurra, para restablecer el equilibrio, a las alucinaciones, que las más de las veces son, dice Bion, fugaces y evanescentes, o a pensamientos delirantes, que también serán volubles e inasibles.

Para explicar en qué consiste el acuerdo manifiesto y el desacuerdo latente Bion recurre a la clásica experiencia de la psicología de la forma de los dos perfiles y el florero. Son perspectivas contrapuestas y las dos son legítimas mientras no definamos a qué vamos a llamar contenido y forma en las líneas que estamos percibiendo.

Analista y analizado ven los mismos hechos pero con premisas diferentes. A nivel de los hechos hay acuerdo, a nivel de las premisas nunca explicitadas el desacuerdo es total y permanente. Esto es lo que singulariza a la reversión de la perspectiva, lo que la diferencia del *acting out* y de la RTN, donde el desacuerdo es visible y las premisas no están sustancialmente cuestionadas.

Ahora bien, las premisas que el analista propone y las que acepta formalmente el analizado son las que se establecen en el contrato psicoanalítico, por esto digo yo que la reversión de la perspectiva cuestiona el contrato. El analizado que revierte la perspectiva denuncia de una vez para siempre el contrato analítico y se atiene a otro que él mismo establece sin por cierto explicitarlo. Así se explica que la reversión de la perspectiva aparezca de entrada, lo que también sostiene Sheila Navarro de López (1980).

6. Un caso clínico

Un médico homeópata vino a analizarse por diversos síntomas neuróticos y sus crisis de ansiedad que lo llevaban a estados de despersonalización lindantes con la locura. Empezó el tratamiento de buena fe y aceptando todas mis consignas. Sin embargo, con una sutileza que estaba más allá de mi alcance, introdujo su «contrato paralelo». Me llevó años descubrir cuáles eran sus premisas y denunciarlas.

En las entrevistas iniciales este inteligente colega me dijo que padecía de asma bronquial; agregó que era homeópata y que tenía una larga casuística de enfermos asmáticos, todos curados. En realidad, si con él había fracasado el tratamiento homeopático era porque la droga que estaba

indicada le desencadenaba crisis de ansiedad muy grandes. Por esto había decidido analizarse: su ansiedad era intolerable y temía volverse loco. Lo que él manifiestamente buscaba, y yo creía que él buscaba, era que el análisis resolviera su ansiedad y sus crisis de despersonalización, modificando al mismo tiempo los factores psicológicos de su asma bronquial. Sus premisas, sin embargo, eran distintas: quería que yo me hiciera cargo de la ansiedad que acompañaba al tratamiento homeopático. El análisis le tenía que permitir efectuar el tratamiento homeopático sin quedar expuesto a un cuadro psicótico. De esta forma, el análisis pasaba a ser un instrumento del tratamiento homeopático y yo tenía que aceptar esa situación. Por supuesto que él no me lo planteó así. Todo lo que él hizo de entrada fue simplemente preguntar si a mí me parecía pertinente que él hiciera, además, un tratamiento homeopático, a lo que en principio ni siquiera me opuse, porque como norma general no pienso que haya una incompatibilidad radical entre el análisis y tratamientos de otro tipo. Si el otro tratamiento se pone al servicio de la resistencia, habrá que analizarlo. A pesar de que yo no veía una incompatibilidad decisiva, él mismo la creaba, porque en realidad venía a demostrar que la homeopatía era mejor que el psicoanálisis. Lo que él en verdad me pedía era que yo, «con mi psicoanálisis», moderara el desarrollo de la ansiedad que su infalible tratamiento homeopático produciría, para así curarse.

En este caso es claro que existe un contrato paralelo, distinto y además incompatible con el analítico. El análisis podrá incluir un tratamiento médico o quirúrgico coadyuvante, complementario o independiente; pero no podrá quedar subordinado a él, porque el tratamiento analítico requiere autonomía. Si yo aceptara las premisas del paciente perdería la libertad de analizar el tratamiento homeopático como resistencia, llegado el caso. Se ve también aquí, en este punto, en qué consiste el *splitting* estático: en cuanto el paciente responde a sus propias premisas, el concepto de resistencia huelga. En otras palabras, lo que el paciente me pedía era que yo lo analizara para que él pudiera curarse a sí mismo. La similitud con el ejemplo de Bion del enfermo brillante salta a la vista.⁴ Como el ayudante de cirugía, lo que yo tenía que hacer era alcanzarle las pinzas y sostener los separadores mientras él operaba.

Esta situación fue para mí insuperable. Todo lo que pude hacer fue decirle luego de varios años de análisis que optara por un tratamiento o el otro, y él optó por el tratamiento homeopático finalmente. Diré de paso que esta opción que yo pretendía darle para que él pudiera decidir libremente fue para él un desafío. ¡Y recogió el guante!

Fue un caso ilustrativo y dramático, porque el paciente colaboraba, tenía insight y era un hombre realmente merecedor de ayuda y de respeto. El análisis llegó a reconocer que estaba en un dilema, porque si se curaba el asma con el psicoanálisis, entonces tendría que operar un cambio completo de su perspectiva profesional. Es decir, el conflicto empezó cuando él pensó que el análisis podía modificar su asma.

⁴ *Elemento of Psycho Analysis*, pág. 49.

El asma de este hombre tenía un claro componente estacional, que lo llevaba a crisis iterativas, cuando no al mal asmático, al comenzar la primavera. Esto no sucedió en el tercer año de análisis, y entonces empezó a tomar a escondidas la pulsatilla, el medicamento homeopático que él se había autoprescrito. De esta manera podría atribuir la mejoría *también* a su tratamiento y no sólo al mío. En este episodio quedó patente para mí, aunque no para él, que lo guiaba la rivalidad profesional y no el deseo de curarse. Sus razonamientos iban desde la ingenuidad al delirio. Decía, por ejemplo, que se había administrado la pulsatilla para que la homeopatía participara de la curación de su asma, y me consideraba egoísta porque yo pretendía que toda la gloria se la llevara el psicoanálisis. ¿Qué hago yo —llegó a decir, y su tono era patético— si resulta que es el análisis y no la pulsatilla lo que me cura el asma? ¿Qué hago yo con mis pacientes? Los estaría engañando. Es decir, tenía que ajustar su práctica médica al sueño diurno de que él, con la homeopatía, curaba el asma. Quería a toda costa mantener la omnipotencia de este sueño diurno.

En otro momento, luego de una remisión de su asma durante varios meses, en que él estaba convencido (¡y yo también!) de la eficacia del análisis para su enfermedad, quiso hacerse analista. Yo, desde luego, me mantuve neutral frente a esta idea, que ni auspicié ni prohibí. Cuando le interpreté, entre otras cosas, que quería cambiar de profesión para sentirse dueño del tratamiento «bueno», sintió que yo obstruía su vocación y abandonó su proyecto. Desde ese momento se hizo muy refractario, empezó a dormir en las sesiones y tiempo después decidió dejar el análisis y recurrir una vez más al tratamiento homeopático. Diré, entre paréntesis, para mostrar hasta qué punto operan también estos mecanismos fuera del análisis, que tenía la misma actitud con el tratamiento homeopático. Quería tratarse a sí mismo, y cuando recurrió al que él consideraba el mejor homeópata argentino, le cuestionaba calladamente cada cosa que hacía o indicaba.

Como dice Bion, lo más característico de este caso era el acuerdo manifiesto y el desacuerdo latente. Una vez que se había formulado ese contrato implícito al cual yo tenía que adherir, todo lo demás podía ser visto desde esa perspectiva. Por ejemplo, toda interpretación que yo hiciera para corregir su asma desde el punto de vista psicológico era una prueba de rivalidad de mi parte, era decirle simplemente que «mi» interpretación era mejor que su pulsatilla. Y, por supuesto, cuando yo utilicé la palabra «pulsatilla» para interpretar la masturbación, para él fue lo mismo que decirle a Erlich que el salvarsán cura porque su nombre contiene la palabra «salvar» y no por el arsénico. Si yo le interpretaba así era, simplemente, porque yo quería descalificar a la pulsatilla comparándola con la masturbación, obviamente porque yo no creía en la homeopatía.

En realidad, si examinamos el planteo de mi paciente estrictamente desde un punto de vista psiquiátrico, debemos concluir que tenía en efecto un delirio. ¿Qué otro sentido puede tener que él se tome el trabajo de venir a demostrarme que el tratamiento homeopático es mejor que el

analítico? Yo nunca le había dicho lo contrario. Por esto es que Bion dice que la reversión de la perspectiva implica un delirio y que, viceversa, el paciente utiliza el delirio para mantener la reversión de la perspectiva.

Pude comprender cabalmente estas afirmaciones de Bion con mi enfermo. A veces él me entendía mal, pero tardé en darme cuenta que esos desencuentros eran pequeños momentos delirantes y alucinatorios. Por ejemplo, en una oportunidad pude establecer que él había oído que yo le decía: «Esta vez sí que le puse la tapa», luego de formular una interpretación. Otras veces el fenómeno pseudoperceptivo no era tan abierto y se limitaba a afirmar que, cuando yo interpretaba, había un tono zumbón en mi voz, cuando no una suave risita despectiva. Eran frecuentes las ilusiones y alucinaciones de la memoria, que a veces me provocaban gran incertidumbre.

Los fenómenos perceptivos y mnémicos, así como las interpretaciones delirantes aparecían en momentos en que la tarea interpretativa amenazaba con conmover toda la estructura del paciente; era entonces cuando recurría a las alucinaciones o a las ideas delirantes para mantener la reversión de la perspectiva.

Bion dice que estos pacientes utilizan la realidad para dar expresión a un sueño diurno, en mi caso el de curarse a sí mismo y demostrarme que podía hacerlo. Creo que la expresión sueño diurno es ajustada: el paciente no delira en principio sino que quiere mantener sus sueños diurnos a toda costa, con lo cual termina por delirar. Lo que, desde la semiología empieza por ser idea sobrevalorada termina en idea delirante.

En los pacientes con reversión de la perspectiva es donde más claramente se ve que la relación entre los tres fenómenos que estamos estudiando no es de doble vía, cuando se advierte cómo le quedan subordinados los otros dos. Con respecto a la RTN esto es muy evidente en los momentos en que los logros se hacen más insoportables para el analizado. Recuérdese la fuerte respuesta de mi colega el homeópata cuando vio llegar la primavera por primera vez sin asma. Allí operó también el acting out de empezar a tomar la pulsatilla sin comunicármelo.

El uso del acting out como instrumento para mantener la reversión de la perspectiva es de lo más frecuente. A veces no lo advertimos, por desgracia, y sólo interpretamos el acting out y no lo que lo alimenta. En el homeópata pude advertir muchas veces esta situación. Este paciente había tenido un análisis anterior, donde le interpretaron, y estoy seguro que adecuadamente, sus tendencias homosexuales. Anuló de inmediato estas interpretaciones con una actuación que lo trasformó de marido modelo en un donjuán de imponente promiscuidad. Llegó a acostarse con pacientes, amigas y hasta con su conculhada. Esta conducta fue interpretada en su momento por su competente analista anterior como un intento de reafirmar vía acting out su masculinidad y superar la angustia de castración. Sin duda que esas interpretaciones eran correctas; pero, por el material recogido en el análisis conmigo, daba la impresión de que el acting out cumplía también la función de mantener la perspectiva de cómo él veía las cosas y que nadie podía enseñarle nada.

58. La reversión de la perspectiva (II)

1. Reintroducción del tema

La reversión de la perspectiva es el caso extremo de la rigidez del pensamiento que configura el *splitting* estático. Se trata de una actitud que promueve, ya de por sí y definitivamente, una situación disociativa; sin necesidad de hacerla operante en cada momento, modificando las *premisas*. De esta manera, la reversión de la perspectiva está en el límite de toda una serie de fenómenos de distorsión que puede estudiarse a nivel de la comunicación o el pensamiento. Lo que destacan Bion y también Money-Kyrle (según veremos en el próximo capítulo) es la voluntad de mal entender, el desconocimiento como una actitud del espíritu y no simplemente como un fracaso de la comunicación. Es esto, justamente, lo que ubica la reversión de la perspectiva en la misma clase de fenómenos que el *acting out* y la reacción terapéutica negativa, porque los tres tratan de impedir esa forma especial de pensamiento que es el *insight*: el *acting out*, a través de una regresión del pensamiento a la acción, la reacción terapéutica negativa malogrando el *insight* alcanzado, la reversión de la perspectiva con una actitud que es el negativo del *insight* (vínculo -K). No es para mí casual que Bion tome de ejemplo el paciente que viene a deslustrar al analista con su *insight*.

Otro elemento que unifica a las tres estrategias que estamos estudiando es que cuando persisten conducen a la *impasse*.

Recordemos por último que, en general, son los estados fronterizos los que emplean la reversión de la perspectiva, y no la psicosis franca donde el delirio está a la vista.

2. El concepto de «reversión» de Klein

Un antecedente importante a los trabajos de Bion sobre la reversión de la perspectiva puede encontrarse en Klein (1961) en el análisis del caso Ricardito, después del viaje de la analista a Londres. Es una semana que empieza un martes y cuyo material, dicho sea de paso, es el que se utilizó para escribir «The Oedipus complex in the light of early anxieties» en 1945.

En la sesión nº 42, del jueves, a propósito de un dibujo, Klein interpreta que Ricardito ha puesto al padre en el lugar del bebé *transformán-*

dolo en un bebé gratificado y entonces hace este comentario que es la nota 2 de la sesión. «La reversión es un importante mecanismo de la vida mental. El niño pequeño cuando se siente frustrado, privado, envidioso o celoso expresa su odio y sus sentimientos de envidia con una reversión omnipotente de la situación de modo que él será el adulto y los padres los descuidados. En el material de Ricardito, en esta sesión, la reversión se usa de una forma diferente. Ricardito, se pone él mismo en el lugar del padre; pero, con el objetivo de evitar destruir al padre, lo cambia en un niño y aun más en un niño gratificado, satisfecho. Esta forma de reversión está más influida por sentimientos amorosos». ¹ En esta nota se puede decir que está contenida en germen toda la teoría de la reversión de la perspectiva que Bion va a desarrollar en los capítulos 11, 12 y 13 de *Elements of psycho-analysis* (1963).

Vale la pena señalar, también, que Klein distingue dos situaciones polares en su mecanismo de *reversal*, según predominen los sentimientos amorosos o los destructivos (celos, envidia). En el primer caso, evidentemente, la reversión tiene que ver con los procesos naturales de identificación que promueven el crecimiento mental y que, en términos de la psicología social, configuran el llamado *juego de roles*. A mi juicio, sólo en el segundo caso, cuando dominan los impulsos destructivos, se puede hablar propiamente de reversión de la perspectiva.

Estas dos situaciones, pues, no deben ser confundidas, porque el juego de roles tiene un claro sentido positivo en cuanto lleva una intención de elaborar el conflicto y reparar a los objetos, que por definición no existe en la reversión de la perspectiva. Lo decisivo es, a mi juicio, el tipo de las fantasías subyacentes: en el juego de roles no se borra del todo la diferencia entre sujeto y objeto, la sensación de que yo me estoy poniendo en el lugar del otro; el mecanismo es más plástico, mientras que en la reversión de la perspectiva el mecanismo es rígido y el temple delirante.

3. Otros casos clínicos

Se trata de una paciente que llega inexorablemente tarde, siempre un poco más de quince minutos tarde: sea cual fuese el horario, su sesión empieza 16 o 17 minutos después de lo acordado. Las interpretaciones convencionales —rivalidad, rebeldía, resistencia, control, etcétera— para nada modificaron esta situación. Una vez la paciente contó cuál era su juego infantil preferido y a partir de allí pudo iniciarse otra línea de interpretación, inspirada en la reversión de la perspectiva. Había un camino de lajas entre su casa y una pileta próxima, que la gente transitaba para ir a bañarse. Según las baldosas que estas personas pisaban ella establecía qué papel iban a tener como personajes de su fantasía. Nadie sabía nunca, por supuesto, los papeles asignados; pero todos los días al le-

¹ *Narrative of a child analysis*, pág. 201, nota 2.

vantarse a la mañana ella establecía las reglas de su juego, que podían ser distintas aunque siempre consistían en que ella iba a saber que, según pisase la baldosa de la izquierda o la derecha, esa persona iba a pasar a representar el personaje tal o cual. El modelo de este extravagante juego sirvió para entender que, al llegar tarde, hacía pisar al analista la baldosa que lo convertía en un personaje de su fantasía. Algo parecido hacía para empezar la sesión: el analista tenía que decir algo, preguntar, interpretar o moverse para que ella empezase a hablar.

Cuando se le interpretó en esa dirección, la analizada asoció algo que sirvió para comprender lo que le pasaba: «Anoche terminé una novela. ¡Qué pena dejar esos personajes! Bueno, no importa, en seguida empiezo otra y ya estoy con otros personajes». De modo que, para ella, también el análisis era una novela donde instauraba personajes, creaba los actores. Mientras la premisa es que el analista es un personaje representando su papel, el papel que ella le ha asignado, todo lo que se le pueda interpretar ya está incluido en el argumento de su novela (splitting estático). Con su silencio inicial ella espera que su personaje, el analista, empiece a actuar su papel, sea hablando o moviéndose. La novela en que ella trasforma el análisis —y su vida entera— es una forma de mantener un tiempo circular donde todo puede preverse: puesto que todo se repite todo es igual. Alguna vez recordó la analizada unos versos de Horacio sobre el saber sacrilego, que es el de pretender saber la hora de la muerte, de la propia muerte.

Este ejemplo muestra, convincentemente, que interpretar a nivel de los mecanismos de defensa no basta. Porque mientras uno interprete la tardanza o el silencio en términos de miedo, frustración, venganza, envidia, complejo de Edipo, angustia de castración, control omnipotente o lo que sea, no se ha llegado al plano donde está radicado el conflicto. La tarea interpretativa debe proponerse un cambio más sustancial que llegue a las premisas ocultas del analizado. El ejemplo presente tiene un interés adicional, muestra que las premisas ocultas pueden configurar un tipo de material que nos lleve a interpretaciones sencillas, correctas y convencionales, como las de la llegada tarde. Sólo si estamos muy advertidos podremos pensar que el hecho de llegar tarde a las sesiones pueda implicar algo tan complejo como lo que el analista descubrió en este caso. La reversión de la perspectiva se detecta, por lo general, cuando el analista advierte que «todo va bien» pero el analizado sigue igual. Tenemos que estar muy atentos porque actitudes aparentemente simples y hasta sintónicas con el yo, susceptibles de explicarse racionalmente, pueden estar encubriendo un conflicto de esta naturaleza, con un fondo de delirio.

Recientemente otra colega, la doctora Myriam Schmer, me comentó un caso de lo más interesante. Era un hombre joven que pasó por un largo período de impasse. Cuando empezó a movilizarse apareció claramente el trastorno del pensamiento y el paciente recordó en forma dramática que había sido un zurdo contrariado. El material mostraba claramente que esa experiencia infantil tenía mucho que ver con la reversión de la perspectiva. No diría yo la simplicidad de que la reversión de la perspecti-

va se da en zurdos contrariados, pero sí que es probable que en la vida de estos pacientes haya habido experiencias que trataron de forzar su naturaleza. Recordó, también, que cuando empezó a escribir lo hacía en una forma que nadie entendía, hasta que un neurólogo, que le diagnosticó una dislexia, puso un espejo delante de su escritura y demostró que él escribía simétricamente: con el espejo la escritura se hizo de pronto totalmente legible.

Creo que sería por demás interesante investigar si existe, como yo lo creo, una relación entre la reversión de la perspectiva y las respuestas S del Roscharch, donde se toma el fondo por figura. Es sabido que estas respuestas de espacio blanco miden el oposicionismo y se considera necesario tener un número de respuestas S, ya que implican autonomía, que no se está sometido al medio. La respuesta S expresa el oposicionismo en todos sus grados y niveles, normales y patológicos. No está por cierto entre las consignas del test que uno deba ver lo impreso como figura y el blanco como fondo, como no está tampoco entre las consignas del psicoanálisis que el futuro paciente se pronuncie a favor del análisis y en contra de otro tipo cualquiera de tratamiento. La dificultad surge, volviendo a mi paciente, no en que él pensara que la homeopatía es mejor que el psicoanálisis sino que venía a analizarse para demostrarlo. La comparación entre los dos tratamientos es lógica y mi paciente tenía derecho a hacerla. Pero él hacía algo más, porque rechazaba calladamente la premisa de que él había venido a analizarse conmigo, no a que yo lo secundara para realizar una cura homeopática. Es en este punto que él desconoce mis premisas. Si él, en cambio, dijera que el tratamiento analítico no sirve y que va a interrumpirlo, que va a buscar algo mejor, estaría dentro de la premisa de que se está analizando y no quiere hacerlo más.

No hay duda de que a medida que nos habituamos a descubrir estos casos, que por su índole pasan las más de las veces inadvertidos, veremos aumentar su frecuencia. En el Congreso de Londres, Liberman (1976b), habló de un tipo especial de paciente, los cuasicolegas, que proponen dificultades especiales. Son personas que hacen un uso emblemático del psicoanálisis, que se analizan por una cuestión de prestigio, que buscan en el análisis levantar la autoestima a través de suministros narcisistas. Pienso que algunos de estos pacientes, no todos, pueden incluirse en la categoría que estamos estudiando.

Vale la pena señalar, finalmente, que el análisis didáctico, que tiene realmente *dos* finalidades, se presta mucho por su ambigüedad esencial a esta clase de fenómenos.

Por todo lo dicho, cabe sostener que la reversión de la perspectiva puede aparecer más frecuentemente de lo que parece. No hay que considerar, sin embargo, que todo paciente que distorsiona el análisis o trae segundas intenciones debe incluirse en esta categoría. El psicópata, por ejemplo, tiene segundas intenciones pero no abandona las «primeras», esto es, que viene a analizarse, aunque por cierto no sabrá por mucho tiempo qué es analizarse para él. Muchos casos de perversión, en cambio, se comprenderían mejor si los contempláramos desde esta vertiente. Me

refiero no al homosexual que quiere y no quiere curarse sino al que viene a demostrarme que es homosexual, con el claro designio inconciente de que yo, como analista, al final voy a tener que reconocerlo y, consiguientemente, tendré que aceptar que mi deseo de tratarlo era un error y un prejuicio por definición.

4. La reversión de la perspectiva y el insight

Cuando estudiamos el insight lo comparamos (y por supuesto lo contrastamos) con la experiencia delirante primaria de Jaspers porque en ambos surge una nueva conexión de significado. Digamos ahora que, para Bion, el insight está conceptualmente vinculado a la reversión de la perspectiva, es su opuesto. El insight puede definirse, justamente, como la capacidad de asumir el punto de vista del otro, de captar con una *perspectiva reversible*, equivalente a la visión binocular. La reversión de la perspectiva es todo lo contrario, un mecanismo psicótico que me impide cambiar y revertir mi punto de vista para aceptar el de los otros.² Con la noción de perspectiva reversible, que contrapone a la reversión de la perspectiva, Bion define de una manera convincente el papel de la interpretación y del insight. En realidad, cuando nosotros interpretamos, lo que hacemos es darle al paciente otra perspectiva de los hechos que él está describiendo y enjuiciando. Le ofrecemos la posibilidad de rever y eventualmente de revertir la perspectiva que tenía. Esta capacidad de ver desde otro ángulo es justamente lo que caracteriza al insight. En resumen, la reversión de la perspectiva es un proceso antagónico pero al mismo tiempo vinculado a la perspectiva reversible, a la capacidad de insight.

Ahora que hemos contrapuesto la reversión de la perspectiva a la perspectiva reversible, digamos también que aunque sean fenómenos opuestos pertenecen a la misma clase. Agreguemos, para no eludir la complejidad de los hechos clínicos, que el paciente de la reversión de la perspectiva viene al análisis no sólo para ejecutar ese fenómeno sino también para que lo curemos, esto es, para que le saquemos la cruz que lleva sobre sus hombros. El desenlace dependerá, como siempre, de cuánto pese en él un deseo y el otro, así como también de nuestra habilidad para comprenderlo y no caer en la trampa.

El deseo de curarse, que para el paciente será no dar más vuelta las cosas, puede variar en grado, pero siempre existirá la posibilidad de tomar contacto con esa parte que quiere salir del infierno. Creo que esto mismo lo señala Bion cuando dice que la táctica del analista radica en desestabilizar la defensa, trasformando la situación estática nuevamente en dinámica. La fantasía patológica de curación de Nunberg (1926) expresa, por un lado, la reversión de la perspectiva, pero también el deseo de curar.

² Es sabido que Bion prefiere hablar de *vértice* y no de punto de vista, para no quedar demasiado prisionero del ojo, del sentido visual.

5. Narcisismo y reversión de la perspectiva

Acabamos de decirnos consoladoramente que siempre podremos encontrar en el paciente un sector (self infantil, parte neurótica, yo colaborador, racional o lo que fuere) que no va a revertir la perspectiva y podrá ser, entonces, la palanca donde aplicar nuestro esfuerzo. Deseo ocuparme ahora de la parte que revierte la perspectiva y que, en principio, podemos afirmar que persigue finalidades narcisistas.

La reversión de la perspectiva consiste, por definición, en que el sujeto viene a analizarse no para conocerse a sí mismo, curarse, crecer o resolver sus problemas, sino con una idea distinta, que hasta puede ser la de demostrarle al analista que no necesita el análisis. Quiere imponer sus premisas y desconocer las del otro en un despliegue descomunal de narcisismo. Y sin embargo hay un talón de Aquiles en ese inexpugnable sistema porque necesita del otro para demostrar (y demostrarle) que lo que afirma es cierto.

La premisa básica para que el análisis sea posible es que el analista sea el analista y el paciente el paciente. Yo creo que, en última instancia, esta es la premisa que está siempre cuestionada. En el fondo es la polaridad sujeto-objeto la que cae víctima de la fascinación del narcisismo. La dificultad de aceptar la existencia del otro equivale a no aceptar otra realidad que la de nuestros sueños.

La reversión de la perspectiva incluye al objeto sólo para que confirme lo que el sujeto piensa, para que sustancie la realidad de sus sueños. En el ejemplo de Bion, el analizado cuenta como si fuera un sueño una experiencia para él real a fin de que el analista, al analizarla como un sueño, confirme que fue eso y nada más. Así pues, el objeto (el analista) sólo existe para confirmar lo que el sujeto pensó o para negar lo que es para él real.

Como señala la doctora Navarro de López en el trabajo de 1980 la notable confusión sujeto-objeto de la reversión de la perspectiva depende de un uso excesivo de la identificación proyectiva al servicio de una intensa y agresiva escotofilia. No mira la interpretación con sus propios ojos sino con los del analista dentro del cual se ha metido.

Creo que en ese punto la investigación de Bion nos lleva a uno de los problemas más acuciantes de la investigación psicoanalítica de nuestros días: el narcisismo.

Aun en esta relación exquisitamente narcisista en que el sujeto viene a buscarme para demostrar que no me necesita, yo existo para él, ¡aunque más no sea para que lo ayude a mantener su narcisismo! Si fuera así, habría que pensar que venimos programados para la relación de objeto y no es cierto que nuestra meta es el deseo de conservar el narcisismo.

Bion de hecho sostiene que nosotros nacemos con una capacidad para comprender en qué consiste la vida sexual de los padres, esto es, con una preconcepción del mito de Edipo. El neurótico trata de no hacerse cargo de ese conocimiento pero no pretende no tenerlo, destruirlo. La psicosis busca una solución más radical, y es que si uno ataca la preconcepción

del coito de los padres entonces ya no habrá más coito de los padres. El odio a la realidad es de tal magnitud que lleva a atacar el aparato mental capaz de percibirla. Por esto dice Bion que, evidentemente, fijar las premisas satisface el narcisismo de quien las propone.

Bion dice que en la reversión de la perspectiva el conflicto se plantea entre Edipo y Tiresias, no entre Edipo y Layo. El conflicto entre Layo y Edipo gira alrededor del vínculo L y el vínculo H; pero el conflicto entre Tiresias y Edipo pertenece al vínculo K. Entre Edipo y Layo el problema es quién es el dueño de Yocasta; entre Edipo y Tiresias, quién posee el conocimiento.

Digamos comparativamente, y sólo al pasar porque merece una reflexión más detenida, que el narcisismo para Lacan queda cuestionado por la castración. La tónica de lo imaginario se sustenta en el no reconocimiento de la castración, que provoca una estructura especular donde el niño cree que es el pene de la madre y la madre cree que el chico es su propio pene. No hay una diferencia entre sujeto/objeto y tiene que venir un tercero, el padre, que corta esa relación especular y da lugar a que aparezca por primera vez el reconocimiento de las diferencias, que es también la inserción del hombre en la cultura.

Todos los autores se preguntan en última instancia cómo hacemos para reconocer al otro, para aceptar la asimetría que crea o reconoce la polaridad sujeto/objeto.

59. Teoría del malentendido

1. Bion y Money-Kyrle

La reversión de la perspectiva empalma con los trabajos de Roger Money-Kyrle (1968, 1971, etc.) sobre la construcción del concepto, el malentendido y el objeto espurio. Estos estudios son de gran envergadura, pero nosotros los abordamos solamente desde el punto de vista técnico, es decir en sus aplicaciones prácticas.

Haciendo un resumen de lo visto en los dos últimos capítulos, el fenómeno de la reversión de la perspectiva da cuenta de ciertos casos en que entre analista y analizado hay un acuerdo manifiesto que oculta una discrepancia verdaderamente radical. El analizado no cuestiona y al contrario acepta lo que el analista dice, se pone de acuerdo con él e inclusive discrepa como cualquiera puede hacerlo, mientras ve todo desde otras premisas. Lo que realmente está en juego, entonces, son los supuestos de la relación y de la tarea. Se configura un contrato paralelo y mientras no tengamos acceso a ese contrato oculto no podremos nunca captar el motivo por el cual los hechos se revierten.

Al ubicar este fenómeno dentro de su tabla, Bion (1963) dice que el conflicto no es entre Edipo y Layo sino entre Edipo y Tiresias, porque lo que está en discusión es el conocimiento.

Siguiendo las hileras de la tabla hay un deslizamiento, y, cuando el analista funciona con un nivel de pensamiento muy concreto, el paciente opera con un alto nivel de abstracción y viceversa. Así, por ejemplo, cuando el analista habla del mito de Edipo (hilera C), el paciente decodifica en términos de la teoría del complejo de Edipo (hileras F o G), lo que equivale a decir en buen romance que está intelectualizando. Al revés, cuando el analista trata de abstraer a partir de la experiencia, el analizado desciende en la escala de abstracción y, consiguientemente, le niega a la interpretación su valor simbólico: se le interpreta la angustia de castración y él siente la interpretación como un concreto ataque a su pene, como la castración misma. Así nunca pueden entenderse, jamás se encuentran analista y paciente. Bleger (1967) explicaba este fenómeno diciendo que el analizado *rota*, es decir, escucha con la PNP cuando le hablamos a la PPP y viceversa. Así anula nuestras interpretaciones y nos desorienta.

La reversión de la perspectiva opera a través del *splitting* estático modificando las premisas. El paciente impide que sus preconcepciones se fertilicen con los hechos de la realidad, las *realizations*, para que surja la concep-

ción y luego el concepto, de modo que el crecimiento mental queda interferido. Es una forma extrema de evitar el dolor que justamente provoca la incapacidad para comprender o la percepción de la locura. Si uno tanto se ingenia por comprender las cosas desde otra perspectiva es porque tiene una radical incapacidad para verlas como son para los demás. No podría observarse mejor esta tozuda actitud que en aquel paciente que, después de una excelente interpretación que le hizo su doctora, le dijo: «Esta interpretación me llegó, me ha hecho dar un giro de 360°».

En cuanto es un mecanismo tan necesario como extremo para evitar el dolor y para lograr de alguna forma un equilibrio, la reversión de la perspectiva se defiende con uñas y dientes. De ahí surgen las alucinaciones evanescentes, los delirios fugaces, el acting out, etcétera. A veces, como recurso extremo, aparece una resistencia incoercible y el enfermo deja el tratamiento.

Todos estos fenómenos son bastante frecuentes y, en realidad, aparecen para mantener la reversión de la perspectiva no menos que para expresarla. Son, en última instancia, síntomas, elementos constitutivos de la situación misma, porque la reversión de la perspectiva es, al fin y al cabo, un gran malentendido del cual los otros, los pequeños malentendidos, son nada más que síntomas. Cuando lo comprendemos nos damos cuenta de que el estudio de la reversión de la perspectiva nos lleva insensiblemente, como no podía ser de otra forma, al terreno de los trastornos del pensamiento, la llave de la investigación bioniana.

Desde nuestro punto de vista, que es la técnica psicoanalítica, el trastorno del pensamiento interesa cuando se constituye como problema de la praxis, y el tema surge tanto de la obra de Bion como de la de Money-Kyrle.

El parentesco intelectual entre estos dos investigadores salta a la vista, más tal vez que las diferencias. La primera de estas es que mientras Bion estudia especialmente los casos más graves, donde la psicosis está en juego o, por lo menos, donde la parte psicótica de la personalidad desempeña el mayor papel, Money-Kyrle se interesa por los casos leves. Bion se ocupa de la psicosis y Money-Kyrle de la neurosis, aunque esto no sea absoluto.

Una diferencia que a mí me parece un poco más consistente es que Bion estudia antes que nada el *pensamiento* y Money-Kyrle el *conocimiento*, sin desconocer por supuesto cuánto hay de común en ambas áreas.

Creo, por último, que Money-Kyrle se apoya más que Bion en consideraciones evolucionistas y biológicas (etológicas).

2. El desarrollo intelectual de Money-Kyrle

Aunque Money-Kyrle, que es probo y modesto, subraya su deuda intelectual con Bion, no debe perderse de vista que sus primeros trabajos aparecen a fines de la década del veinte y que desde entonces se ocupa de estos temas.

Money-Kyrle dice que él, como psicoanalista, pasó por las tres grandes etapas que marcan la evolución del psicoanálisis mismo como ciencia. Hubo un primer momento en que la enfermedad mental era concebida como inhibiciones de la vida sexual; luego esta visión cambió por otra más estructural, en el sentido de un conflicto entre impulso y defensa, que también es un conflicto entre el yo y el superyó, conflicto de índole ética. En un tercer momento, por fin, en los últimos años, se valora especialmente el trastorno del pensamiento, el error conceptual que alimenta y es el fundamento de la enfermedad mental.

Estos tres enfoques desde luego no son contrapuestos sino que, al contrario, se complementan: por una parte las inhibiciones sexuales que tanto ocuparon a Freud en los primeros tramos de su investigación se vinculan al conflicto estructural que él mismo describió y después exploró Melanie Klein; y, a su vez, este conflicto de estructuras también lo podemos comprender como errores al conceptualizar determinados objetos, impulsos o experiencias.

Otra forma de definir lo que estudia Money-Kyrle es que se ocupa no del instinto como pulsión, como carga, sino como conocimiento. En realidad, el impulso implica estas dos cosas, la pulsión y el conocimiento. Esto ya lo decía Freud en los *Tres ensayos* (1905d), cuando definía al instinto no menos por su carga que por su fuente y su *objeto*. La pulsión tiene que estar acompañada de algún tipo de representación del objeto donde se la aplique. Si bien pulsión y objeto pueden separarse metodológicamente, el instinto en su conjunto es una estructura unitaria. A veces uno lo olvida, pero en realidad es así. Y Money-Kyrle viene a recordárnoslo.

El aspecto cognitivo del instinto lo estudian más los etólogos que los psicoanalistas. Esto lo sabe Money-Kyrle, que termina su artículo de 1971 diciendo que uno de los propósitos de su publicación es ayudar a que se cierre la brecha entre la etología y el psicoanálisis.

Se puede decir en conclusión que Money-Kyrle, en una investigación que se extendió a lo largo de toda su larga vida, une el psicoanálisis por sus dos extremos con la biología y la filosofía, traza un gran arco de círculo que va de Platón y Aristóteles a Lorenz y Tinbergen, pasando por Schlick y el positivismo lógico.

3. La construcción del concepto

Hay dos áreas en que se desarrolla la indagación de Money-Kyrle, la construcción del concepto y la localización témporo-espacial de la experiencia. En realidad, no son sustancialmente distintas, porque localizar las experiencias supone la construcción de los conceptos de espacio y tiempo; pero, evidentemente, Money-Kyrle propone darle más autonomía a estas dos categorías donde los factores experienciales influyen para él más decididamente. Se verá, sin embargo, que la mala orientación hacia el objeto, hacia la *Welt* como él la llama, puede estar vinculada a un

concepto equivocado de la base, es decir que las dos cosas no son fácilmente separables. La investigación de Money-Kyrle puede condensarse en este punto en dos palabras, malentendido y desorientación: *malentendido* (*misconception*) tiene que ver con la construcción del concepto; *desorientación* (*disorientation*) se refiere a las categorías de espacio y tiempo. Una de las tesis fuertes de Money-Kyrle, y original, por cierto, es que cuando el interjuego de la información genética y lo que el medio aporta no es adecuado no queda eso como un hueco en el conocimiento sino que prolifera como un mal conocimiento: a esto se le llama malentendido.

El concepto se construye para Money-Kyrle en el punto de encuentro de lo innato con la experiencia. Sigue en esto la idea de Bion de una preconcepción que se junta a un hecho de la experiencia (*realization*) para formar la concepción.

La otra apoyatura de Money-Kyrle es el renombrado filósofo Moritz Schlick, empirista lógico y jefe del famoso Círculo de Viena. Para Schlick el conocimiento no se adquiere tomando conciencia de la experiencia sensorio-emocional sino *reconociendo* lo que esa experiencia es.¹ Money-Kyrle considera que este reconocimiento equivale a ubicar a algo como miembro de una clase. Nacemos, entonces, con una capacidad para reconocer ciertos objetos como miembros de una clase.

Sin reabrir el debate milenario entre nominalismo y realismo, es decir, si hay de veras universales o si sólo hay palabras que nombran conjuntos de cualidades que nosotros recortamos de la realidad, digamos simplemente que sostener que hay clases no presupone por cierto un realismo ontológico sino que nosotros tenemos una determinada capacidad para destacar, dentro del continuo de la experiencia, ciertas cualidades que van juntas y llamamos *clases*. Podemos suponer que hay clases sin apoyar las Ideas de Platón o los universales de Aristóteles, sino, más bien, postulando un acercamiento gradual a la realidad, estableciendo clases cada vez más racionales, modificándolas en la medida en que se va comprendiendo la naturaleza de los procesos. Para dar un ejemplo, la clase de las malformaciones congénitas se dividió en la clase de las cerebropatías genéticas y la clase de las embriopatías o embrionitis virósicas, cuando se descubrió el efecto de la rubeola materna. Es decir, nos vamos acercando a clases más racionales, más realistas. Esto va sin desmedro, creo yo, de que la idea de clase que maneja Money-Kyrle se apoya en un conocimiento muy concreto que viene con el genoma.

De todos modos, Money-Kyrle dice que nosotros nacemos con la posibilidad de reconocer, de destacar de la experiencia algunas clases o, lo que es lo mismo, de ubicar dentro de ciertas clases los hechos de la experiencia. Por esto el niño puede asignar la clase pecho al seno materno o al biberón y discriminar lo que no pertenece a esa clase. «Un concepto es la imagen mnémica de una clase funcionando como nombre».²

Todo hace suponer que en el recién nacido la primera preconcepción

¹ *Collected papers*, pág. 418.

² *Ibid.*, pág. 419.

innata es la del pecho (o el pezón), o mejor tal vez la de un pecho (o pezón) bueno o malo, dado que las emociones de amor y de odio colorean la preconcepción desde el comienzo. A partir de la primera experiencia con un objeto que puede ser clasificado como pecho, la clase se achica notablemente y la concepción queda ligada a un determinado pecho (o mamadera) dado en cierta forma, etcétera.

Paralelamente con el concepto de pecho (o pezón) se va construyendo el de algo que lo contiene, la boca. Desde este momento en adelante se van construyendo los otros conceptos por división y combinación —por disociación e integración para decirlo en términos más psicoanalíticos—.

Venimos programados y preparados para reconocer y clasificar «las cosas de la vida»; pero este desarrollo nunca es fácil, porque opera también en nosotros una fuerza poderosa a desconocer, a olvidar, a engañarnos.

Poseemos los instrumentos adecuados para conocer la realidad, para *clasificar* los hechos de la experiencia; y resulta, sin embargo, que tenemos que aprender de nuevo lo que ya sabíamos a través de un arduo y persistente esfuerzo. Es que así como nacemos con un inherente amor por la verdad (instinto epistemofílico, vínculo K) también traemos con nosotros la tendencia a distorsionarla a poco que nos contrarie. De tal modo, y esta es otra tesis fuerte de Money-Kyrle, cuando no construimos el concepto recto no es solamente porque el medio nos privó de las experiencias (*realizations*) adecuadas, sino también porque tenemos una fuerte tendencia a distorsionar. El espíritu humano tiene una disposición muy fuerte a no conocer, a desconocer. Aquí Money-Kyrle coincide con el benévolo escepticismo que transita toda la obra de Freud y se hace teoría en «Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico» (1911b).

El conflicto básico del ser humano tal vez sea, para Money-Kyrle, el que se plantea entre un poderoso impulso a conocer y el no menos fuerte a no conocer, a distorsionar los hechos de la vida.³ Money-Kyrle explica esta tendencia a distorsionar con dos instrumentos teóricos: el principio del placer y la envidia.

De acuerdo con el principio del placer no se construyen conceptos sino pares de conceptos, porque cada concepto que uno forma, en cuanto implica experiencias placientes o displacientes, queda automáticamente ligado a lo bueno y lo malo.

Si opera fuertemente la envidia, siempre se va a formar el concepto malo pero el bueno puede que no; y entonces en su remplazo aparece un malentendido (*misconception*).

El conocimiento es doloroso porque está siempre ligado a la ausencia, a la falta. Si no me faltara el pecho en determinado momento, si estuviera siempre el pecho en mi boca, no tendría malentendidos con respecto a él; es el vacío de la ausencia lo que se llena de malentendidos. Aun-

³ Al final de la primera parte de su trabajo inaugural, «The development of a child» (1921), Melanie Klein describe la lucha entre el principio del placer y el principio de realidad en términos de un impulso a conocer versus el sentimiento de omnipotencia del niño, que recoge del estudio de Piaget (1913) sobre el desarrollo del sentido de la realidad (*Writings*, vol. 1, pág. 16).

que la ausencia es indispensable porque si el niño tuviera siempre el seno en la boca no podría entender nunca que el pecho y la boca son distintos.

4. El desarrollo del concepto

A diferencia de la sofisticada tabla de Bion que va de los elementos beta al método deductivo-científico y el cálculo algebraico, Money-Kyrle postula sólo tres momentos, que son: identificación concreta, representación ideográfica y representación verbal.

La primera etapa, la *representación concreta*, no es estrictamente hablando representacional, ya que la representación no se distingue del objeto representado. Hasta donde yo la puedo entender, esta idea correspondería aproximadamente a lo que Freud (1915e) llama representación de cosa en el inconsciente. Money-Kyrle cita el caso de un paciente que tuvo una serie de episodios ictericos leves por constricción de las vías biliares que, por la evolución del material, parecían corresponder al primer estadio de su clasificación, que luego se expresaron claramente como ideogramas oníricos. Money-Kyrle parece pensar que estos episodios eran la expresión fisiológica de lo que Hanna Segal (1957) llamó ecuación simbólica (*Collected papers*, pág. 422), pero yo me inclino a pensar que tanto la representación de cosa como la ecuación simbólica coinciden mejor con la segunda etapa, que ahora vamos a consignar.

Después viene la *representación ideográfica* en la cual hay ya una primera distancia entre la cosa y el símbolo, como se observa en los sueños.

El estadio final del desarrollo cognitivo corresponde a la *representación verbal* del pensamiento conciente.

5. El sistema espacio-temporal

Hemos expuesto cómo se origina y se construye el concepto y ahora nos toca hablar brevemente de cómo entiende Money-Kyrle que se alcanzan las categorías de espacio y tiempo.

Money-Kyrle considera que nacemos con una disposición para orientarnos frente a la realidad y en «Cognitive development», el trabajo que estamos comentando, se ocupa de la orientación espacial que nos dirige hacia una base. Es interesante señalar, porque define nítidamente su posición, que Money-Kyrle llama *base* no a algo de la persona sino concretamente al objeto. Psicológicamente, la base es el punto de cruce de las coordenadas cartesianas al que siempre recurre el sujeto para orientarse. La base de la que derivan todas las demás es el primer objeto que se recorta en la confusión sensorial del recién nacido, es decir el pecho, o tal vez específicamente el pezón.

El desarrollo del sistema a partir de la base es, como se comprende,

del pecho a la madre, luego a los dos padres (complejo de Edipo), hermanos y familia, sociedad.

La orientación hacia la buena base puede perderse de varias maneras. A veces el niño se mete dentro de la base con una identificación proyectiva total, sea por envidia o para buscar protección frente a un peligro, tema este de un trabajo de Jorge Ahumada. En estos casos, la confusión de identidad es muy grande y el proceso puede ser muy crónico y muy sintónico si las circunstancias de la vida y las habilidades del sujeto lo permiten. En un trabajo anterior, Money-Kyrle (1965) atribuyó a este mecanismo la megalomanía y sostuvo que el hombre empezó a usar ropas para consumir la identificación proyectiva con su animal totémico, esto es con los padres. En un trabajo reciente (1983), Jorge Ahumada estudia la importancia que tiene detectar en el material del analizado si el analista es reconocido como base, lo que pasa más de una vez inadvertido, ya que el analizado no puede expresarlo y el analista da por sentado que él existe para el otro. Muchas veces, la falta de la base, esto es de un pecho capaz de introyectar los estados dolorosos, aparece en el material como la idea de que el analista es frío o insensible. Siguiendo lo que dice Money-Kyrle en su último trabajo (que escribió en 1977), Ahumada subraya la necesidad de distinguir la identificación proyectiva destructiva de la identificación proyectiva desesperada, que es un intento de conexión (o de reconexión) con la base.

Otra eventualidad en que la buena base se pierde es cuando se la confunde o se la cambia por la mala. La base equivocada representa, simplemente, la que no le conviene al sujeto en esas circunstancias.

Como una tercera posibilidad Money-Kyrle estudia la orientación a una base confusa y toma de paradigma el trabajo de Meltzer (1966), cuando el niño confunde el pecho de la madre con su trasero que se aleja y luego con su propio trasero donde se mete con un acto masturbatorio.

Vale la pena señalar que las ideas de malentendidos y desorientación tienen inmediata y vigente aplicación en la práctica. A veces ninguna interpretación puede ser más precisa que la de señalar al paciente su *desorientación*, cómo él busca lo que no es verdaderamente lo que le conviene; y mientras nosotros no interpretamos esta búsqueda equivocada como el error básico del analizado, la desorientación probablemente persistirá y el analizado va a seguir equivocándose; y nosotros también vamos a errar el camino acompañándolo con interpretaciones que sólo alcanzan lo contingente, lo adjetivo.

Muchas interpretaciones sobre el amor de transferencia, por ejemplo, resultan mejor formuladas si se puntualiza que la búsqueda es equivocada, que se busca un hombre cuando se necesita un analista, un pene en lugar de un pecho, un padre en vez de un marido. Al comienzo de su amor de transferencia una mujer casada de mediana edad afirmaba rotundamente que todo lo que necesitaba para sanarse era estar enamorada. Lo mismo podría decirse del acting out de aquel hombre que en el primer fin de semana de su análisis se acostó con su sirvienta y le regaló el equivalente justo de lo que pagaba por la sesión.

Lo mismo cabe decir sobre el *malentendido*. Al fin y al cabo nuestro trabajo se basa en buena parte en rectificar lo que el enfermo entiende mal de lo que le decimos. Tenemos tendencia a pasar por alto que el paciente no siempre nos comprende, que a veces su comprensión está tronchada a nivel de las ideas, de los conceptos. Para tomar un ejemplo muy claro de la práctica de todos los días, las clásicas interpretaciones del fin de semana, criticadas a veces con razón como interpretaciones clisé, siempre lo serán si partimos equivocadamente de la idea de que el paciente sabe lo que es esperar o tiene el concepto de lo que es la ausencia del objeto. Si alguno de estos conceptos falta y lo remplace otro equivocado, entonces esas interpretaciones son irremediabilmente inoperantes, por más ciertas que sean, simplemente porque el paciente de ninguna manera las puede comprender. Una enferma muy inteligente, que siempre criticaba la chatura de mis interpretaciones del fin de semana, cambió dramáticamente cuando yo empecé a señalarle que, para ella, la palabra ausencia no tenía significación, que no sabía lo que quería decir ausencia; y verdaderamente era así, de modo que todo lo que yo le había interpretado antes había sido inútil o, en el mejor de los casos, sólo una vaga preparación para que llegara a comprender que a ella le faltaba un concepto, el concepto de ausencia: mientras no tuviera ese concepto mal podía yo interpretar que había estado ausente durante el fin de semana.

Si el analista percibe dónde está el malentendido y a qué concepto remplace, pone en marcha un proceso que, si termina felizmente, restituye al enfermo el concepto faltante. He visto en mi práctica que cuando puedo interpretar de este modo alcanzo un nivel de precisión y eficacia singular, no desprovisto de elegancia. En un recalcitrante caso de eyaculación precoz, por ejemplo, logré un progreso cierto cuando empecé a interpretar a mi analizado que él no tenía un concepto claro de lo que significa esperar. Es obvio que si no se ataca este punto concreto difícilmente podrá corregirse el trastorno.

El punto de partida más seguro para aplicar rectamente a la práctica estas ideas es tomarlas en serio y tomar en serio también al analizado cuando dice que «no nos comprende». En el ejemplo de la inteligente mujer que descalificaba mis interpretaciones del fin de semana la situación empezó a variar cuando yo me hice cargo de que ella decía vuelta a vuelta que no me comprendía. Hasta ese momento yo volvía a explicarle y, cuando ella insistía en que no me comprendía, le interpretaba que me descalificaba (lo que también era cierto) o se chanceaba (lo que también era cierto).

6. Los conocimientos básicos

«The aim of psycho-analysis» (1971), uno de los últimos trabajos de Money-Kyrle, versaba sobre cuáles pueden ser los conocimientos que nos vienen con el genoma y proponía tres: el reconocimiento del pecho como

objeto supremamente bueno, el reconocimiento del coito de los padres como insuperable acto de creación y el reconocimiento del tiempo inevitable y, últimamente, de la muerte.⁴

La propuesta de Money-Kyrle es altamente especulativa, y él no lo ignora. Podría ser que el desarrollo futuro de las investigaciones nos lleve a aceptar que son otros los conocimientos innatos; pero, de todos modos, los mencionados encuentran apoyo suficiente en toda la investigación psicoanalítica.

Por otra parte, la tesis de que venimos al mundo con ciertos conocimientos elementales parece estar actualmente muy apoyada por la investigación etológica y, al fin y al cabo, no hace más que poner a los homínidos en línea con todas las especies del reino animal. El animal es capaz de reconocer ciertos estímulos como señal que pone en marcha pautas fijas de comportamiento (*fixed action patterns*).

Como puede verse en el libro de Lorenz *Evolución y modificación de la conducta* (1971) y en múltiples contribuciones de la etología actual, el estímulo señal que pone en marcha una conducta puede ser por demás contingente pero bien determinado. Lorenz cita la conducta de atención a sus polluelos de la pava como muy específico (y para mí dramático). La pava responde inicialmente al piar de sus hijitos con conductas maternas de cuidado. Cualquier objeto que esté en el nido sin emitir estas señales es desalojado por la diligente madre a picotazos. Si se pone en el nido un objeto artificial dotado de un mecanismo que le haga emitir la señal del polluelo, será reconocido como hijo. Si se le lesiona el coclear, la pava expulsará de su nido a los pichones apenas salen del cascarón. Unos días después, sin embargo, estas rígidas conductas instintivas se modifican por el aprendizaje y la madre seguirá cuidando a sus polluelos aunque no emitan la señal.

Volviendo a los tres conocimientos innatos de Money-Kyrle vimos que se apoyan en el cuerpo teórico general del psicoanálisis, pero vale la pena también destacar que toman partido en algunas de nuestras grandes controversias. En primer lugar, que la relación de objeto es de entrada y no puede haber una etapa de narcisismo primario. Queda también afirmado que hay primero una relación diádica con el pecho y después una relación triangular edípica. Para Money-Kyrle no es solamente genética la pulsión sexual sino también el objeto del instinto y la relación de los objetos entre sí (escena primaria). Money-Kyrle no desconoce ni tiene por qué desconocer la enorme gravitación del complejo de Edipo en el acceso del hombre a la cultura, pero lo postula como un conocimiento innato que la cultura no hace otra cosa que reforzar, inhibir o desviar.

⁴ *Collected papers*, 1963, 441

7. Duelo y memoria

Volviendo a los tres actos de reconocimiento ya estudiados, puede decirse que el punto de partida de un desarrollo sano es el poder reconocer el pecho como objeto bueno, ya que a partir de allí se van dando todas las otras relaciones. Esto es difícil porque no podemos gozar del pecho indefinidamente.

Money-Kyrle piensa que el concepto de pecho bueno siempre se llega a formar y que para ello ha de bastar que los cuidados maternos, por insuficientes que sean, logren que el niño se mantenga vivo. Cuanto peores sean los cuidados maternos, por supuesto, menos firmemente podrá establecerse el concepto de pecho bueno y más expuesto estará a desmoronarse durante la ausencia. Cuando el desarrollo se cumple más o menos normalmente, la memoria del pecho bueno subsiste a los azares del contacto y la separación, es reconocido cuando vuelve y, cuando se va definitivamente, precipita el proceso de duelo que Melanie Klein (1935, 1940) llamó *posición depresiva*, durante la cual el pecho bueno perdido se internaliza.

Money-Kyrle se inclina a pensar que la internalización del objeto perdido en el proceso de duelo equivale a establecer un concepto (tal vez a nivel de representación ideográfica); pero de lo que no duda es que la posibilidad de enfrentar el duelo y la capacidad de recordar son inseparables, porque sin memoria no puede haber duelo y sin duelo no puede haber memoria.⁵

8. El objeto espurio

Cuando la memoria y la pérdida se hacen intolerables, el objeto bueno ya no es reconocido como tal y se lo cambia por otro al cual se le atribuyen equivocadamente las virtudes del original. El prototipo de este modelo patológico de desarrollo nos remite una vez más a los confusos y exaltados sentimientos del niño que Meltzer describió en 1966, y a lo que nos referimos hace un momento al hablar de la base. En el momento en que el niño cambia el pecho por su trasero podemos afirmar que se ha producido el malentendido fundamental. Como dijo una vez un alumno muy inteligente, la desviación inicial es cuando el bebé conceptúa el pecho como el... ¡traste!

Desde las fallas en la conducta del objeto hasta la envidia endógena muchos son los factores que pueden explicar por qué un individuo busca un sustituto espurio para remplazar un verdadero objeto; pero, de todas maneras, sin entrar a discutir su historia, la idea sirve en la práctica porque permite interpretar con precisión y con menos carga en la contratransferencia, en cuanto se comprende que el paciente busca un objeto espurio

⁵ *Ibid.*, pág. 444.

porque ha olvidado el auténtico, porque no ha podido esperarlo y no es capaz de reconocerlo. Este razonamiento es aplicable al acting out del fin de semana y también mucho al amor de transferencia en el cual el objeto espurio para la paciente mujer es el pene. Recuerdo un paciente masculino que me decía en tono desafiante que lo que él necesitaba para curarse era una mujer, una hembra. El análisis no le servía para nada. Lo que tenía que hacer era ayudarlo a conseguir una hembra, esa mujer ideal, receta infalible para todos sus problemas. Buscaba un objeto espurio, creía que la vagina de una mujer iba a resolver todos sus problemas; pero, en realidad, lo que necesitaba era un analista y no una Celestina para resolver sus problemas. En este paciente, dicho sea de paso, la vagina idealizada estaba confundida con el recto, mientras que la función psicoanalítica tan despreciada representaba el pecho, a partir de un splitting horizontal del cuerpo de la madre (o, si se prefiere, de un desplazamiento de arriba hacia abajo). En este breve ejemplo se comprende que operando con la idea de objeto espurio se puede interpretar con precisión y hasta diría con serenidad, más a resguardo de la tensión contratransferencial que inevitablemente se siente cuando el paciente nos da literalmente la espalda y se va a buscar otras soluciones, a veces peligrosas y siempre desatinadas.

Así como Bion dice que hay que ver al paciente como si fuera la primera vez, con lo que quiere decir que no hay que estar atado a los prejuicios que uno ya tiene sobre el paciente, Money-Kyrle viene a decirnos que también el paciente nos ve a nosotros en cada sesión por primera vez, porque no siempre nos reconoce cuando llega; y que de esto no nos damos cuenta porque es obvio y porque es muy doloroso. Si uno opera teniendo en cuenta este esquema y si es a la vez sensible a lo que dicen los pacientes, ve aparecer este tipo de problemas con frecuencia y muy concretamente. Me acuerdo, por ejemplo, de una paciente que solía decirme los lunes «yo no sé quién es usted». Yo interpretaba estas asociaciones como hostilidad por el fin de semana; pero, en realidad, el problema era más grave y, en realidad, ella me había olvidado, había perdido totalmente el contacto. Al interpretarle que ella estaba enojada por el fin de semana, yo dejaba sin tocar lo esencial, esto es, que la interrupción del viernes la llevaba a expulsar al objeto totalmente y de allí que me desconociera. Yo interpretaba que me desconocía para expresar su enojo, tomando como un desprecio de nivel casi social lo que era algo más profundo y dramático. Ella realmente no se acordaba; y cuando la situación fue interpretada correctamente, la analizada respondió con una asociación que para ella tenía un valor alegórico pero para mí mostraba un aspecto esencial de su conflicto, a pesar del aspecto de intelectualización con que se recubría. Dijo que un bebé sólo puede recordar el pezón cuando lo tiene en la boca.

9. Naturaleza y cultura

La idea central de Money-Kyrle es, me parece, que el conocimiento tiene un desarrollo, en el sentido de que hay factores endógenos y exógenos, genéticos y adquiridos, que lo determinan, que lo impulsan. El conocimiento no se da de entrada y para siempre sino que es un proceso; y la función más importante del psiquismo es, tal vez, acercarse a las fuentes genéticas del conocimiento. Parece también que, por desgracia, una función fundamental del psiquismo es distorsionar ese conocimiento primigenio y fundamental, lo que a lo mejor sea una forma quejosa de decir simplemente que el hombre es un animal capaz de crear símbolos.

De este modo los trabajos de Money-Kyrle plantean con una nueva perspectiva, que es estrictamente psicoanalítica, el viejo problema de naturaleza y cultura, en cuanto afirman que hay entre ambas una interacción, como dicen por otra parte las nuevas corrientes sociobiológicas. Así se expuso hace algunos años en el famoso libro de Lionel Tiger y Robin Fox (1971) y más recientemente en los estudios de Edward O. Wilson (1978). En *The imperial animal* se hace mucho hincapié en el valor de las estructuras jerárquicas en el comportamiento de los primates en general y sobre todo de los homínidos. La tesis general de este libro es que no hay oposición radical entre naturaleza y cultura, porque nosotros somos *por naturaleza* animales culturales. En ese sentido, aparece una fuerte refutación a la idea de Freud cuando en 1930, y en realidad a lo largo de toda su obra, antepone el instinto a la cultura.⁶

Con sus delicados instrumentos psicoanalíticos, Money-Kyrle trata de averiguar qué es lo genético, qué es lo adquirido y cuál es la relación entre ambos.

Money-Kyrle parte de que nacemos con determinadas preconcepciones, en el sentido de Bion (y también en el sentido etológico de conocimiento genético) y que esas preconcepciones tienen que unirse, que ensamblar con determinada experiencia, que Bion llama *realization*.⁷ Es decir, dada una determinada preconcepción que yo tengo, cuando encuentro un ejemplo en el medio, yo «realize» que eso es lo que estaba buscando. Es en este punto donde interviene Schlick, cuando dice que conocer es siempre reconocer al objeto como miembro de una clase.

El concepto de clase es por demás interesante y Money-Kyrle lo remite a Platón y Aristóteles. Platón decía que hay *Ideas* de las que las cosas de la realidad son meros remedos. Todas las cosas y los seres del mundo, todo lo que perciben nuestros sentidos no son sino apariencias. Vivimos prisioneros en una caverna y vemos sólo sombras que tomamos por realidad. La realidad no puede estar formada sino por las Ideas, perfectas, eternas, incorruptibles. El conocimiento verdadero está cimentado en la

⁶ Como es sabido, Anna Freud sostiene decididamente esta línea de pensamiento en *El yo y los mecanismos de defensa* (1936).

⁷ El verbo inglés *to realize* quiere decir comprender o ser conciente de algo; de allí viene *realization*.

realidad de las Ideas, de ahí el nombre de realismo para esta posición filosófica, a la que se contrapone el nominalismo de William de Occam entre otros. Es a partir de las Ideas que nosotros reconocemos los hechos de la realidad que les son siempre inferiores. Si se despoja a esta doctrina de todo el *anlage* ideológico de un Platón que vive y crece en la época de la decadencia de Atenas, apenas terminada la guerra del Peloponeso con la rendición de su ciudad en 404 a.C.,⁸ lo que Platón quiere decir es que tenemos algún tipo de conocimiento previo a la experiencia que nos permite ubicarnos frente a ella. Algo parecido después va a decir Kant cuando se opone a los idealistas ingleses y le dice a Locke que el cerebro no es una tábula rasa porque cuando uno nace ya hay *a priori*. Schlick, por su parte, hace referencia a una capacidad para poder ubicar las cosas en clases.

El concepto de clase es complejo; pero baste decir que se puede admitir que en las cosas de la naturaleza hay algunas características que marchan unidas y eso es lo que nos permite hacer clasificaciones. Las clasificaciones van cambiando a medida que tenemos más conocimientos, porque el conocimiento nos acerca a las así llamadas clases naturales. Tomen ustedes la clasificación de Linneo, por ejemplo. Hombre anterior a todo compromiso evolucionista, puede hacer, sin embargo, una clasificación que se ha sostenido, aunque después haya sufrido lógicamente modificaciones, porque era un genial observador, riguroso y lúcido. A pesar de su nombre, las clases «naturales» se modifican continuamente porque, en la medida en que podemos comprender más lo que es sustancial a una clase, mejor podemos definirla o caracterizarla. A nadie se le ocurriría poner en una misma clase a leones y camellos porque son del mismo color, ya que hay otras características, como la de herbívoro o carnívoro, que nos parecen más significativas. En cambio, para clasificar a las mariposas, el color puede ser importante porque puede decidir la sobrevivencia de una especie si facilita su adaptación. Con este concepto de clase opera Money-Kyrle cuando afirma que el hombre nace con un conocimiento innato de algunas clases de objetos.

Money-Kyrle estudia la formación del concepto y una de sus tesis fundamentales es que puede fallar por diversas razones que dependen del individuo mismo o del medio. Si las *realizations* no son muy eficaces (factor exógeno) o si la intolerancia al dolor es muy alta (factor endógeno), aparece una voluntad concreta de desconocer, y por esta razón, los conceptos que deberían formarse se trasforman en malentendidos.

Esta parte de la teoría del malentendido está muy vinculada a la teoría de la memoria y del reconocimiento. Reconocimiento tiene aquí el doble sentido de gratitud, de estar reconocido, y de recuerdo, ya que si no me acuerdo de algo mal puedo reconocerlo. El reconocimiento está ligado a la posición depresiva porque condiciona la depresión, como también la depresión condiciona la memoria. ¿Cómo puedo tener yo depre-

⁸ Véase Norton, *Historia de la ciencia*, vol. 2, cap. 16.

sión si no es recordando lo que tenía y no tengo? Y, viceversa, ¿cómo puede haber recuerdo si no es a partir de un duelo por lo que no está? Así pues, los tres conceptos, recuerdo, duelo y tiempo son fundamentales e indispensables en esta doctrina.

60. Impasse*

Es fácil definir en términos generales la *impasse psicoanalítica*; pero es arduo descubrirla y complejo resolverla. En este capítulo se intenta delimitar el concepto, ubicarlo en el campo que le pertenece (la técnica) y señalar sus fuentes principales (psicopatología).

Sobre la definición no caben muchas dudas. La palabra francesa es de por sí clara y universal. Quiere decir *callejón sin salida*, y se la emplea cuando algo que se desarrollaba normalmente se traba de pronto y se detiene. La vemos frecuentemente en los periódicos para señalar alguna tratativa que llegó a un punto muerto. No es otro, a mi juicio, el sentido que se le da en psicoanálisis. El uso corriente del término exige, sin embargo, que la detención se dé cuando las condiciones generales de la situación analítica se conservan, y es muy pertinente, entonces, la precisión de Mostar-deiro *et al.* (1974) al señalar que sólo se puede hablar de *impasse* en psicoanálisis cuando se cumplen las condiciones formales del tratamiento: si el setting está notoriamente alterado no corresponde hacerlo. En la *impasse* el trabajo analítico se realiza, el paciente asocia, el analista interpreta, el encuadre se mantiene en sus constantes fundamentales; pero el proceso no avanza ni retrocede. Esto no supone, por cierto, que no haya fallas en el encuadre y en la labor del analista. Existen siempre, como en todo análisis; pero no son lo decisivo. El compromiso del analista es tan completo (y complejo) en la *impasse* que hay tendencia a clasificarla en *impasse* por el paciente y por el analista. Hay muchas razones, sin embargo, para no aceptar este criterio, y la primera es que en la verdadera *impasse* ambas causales aparecen siempre superpuestas e indefinidas: la *impasse* no es resistencia incoercible ni tampoco error técnico.

Vale la pena detenerse un momento para discutir estos términos. La *resistencia incoercible* irrumpe en el proceso desde el analizado, y siempre bruscamente. Por lo general, se presenta de entrada y, si lo hace después, será fácil determinar el momento y las circunstancias de su aparición, súbita e intempestiva. Es algo que salta a la vista y pertenece al paciente. El mismo así lo considera y, por su parte, el analista no se siente personalmente involucrado más allá de su ineludible responsabilidad profesional. A la corta o a la larga, si esta molesta situación no se

* Reproduzco en este capítulo con algunas modificaciones el trabajo que con el título «El "impasse" psicoanalítico y las estrategias del yo» publiqué en la *Revista de Psicoanálisis* de 1976. El lector tendrá que disculpar las repeticiones, pero tal vez lo ayuden a recapitular la sexta parte.

resuelve, el paciente interrumpe el tratamiento por su cuenta o con nuestro consentimiento.

El *error técnico* incide sobre el proceso también en una determinada dirección: surge del analista y así lo consideran ambos participantes o, en todo caso, y también a primera vista, un tercero llamado a opinar, el supervisor.¹

Al separarla de la resistencia incoercible (del paciente) y del error técnico-teórico (del analista), la *impasse* queda más definida y concreta, sin por ello ignorar las formas de tránsito ni pretender que esta discriminación conceptual se aplique fácilmente al caso clínico. Sucede a veces, por ejemplo, que una aparente resistencia incoercible sea en realidad una respuesta a algo que hizo el analista y, viceversa, puede el error técnico partir del paciente, como por ejemplo, en el fenómeno de la contraidentificación proyectiva descrito por Grinberg (1956, 1963). Es posible también, como se ve en la práctica, que el analizado que dejó el tratamiento por resistencia o error técnico desemboque en *impasse* en un segundo intento. En suma, los tres procesos se superponen y se relacionan, sin que por eso deba confundírselos. Por la precisión, *impasse* debe reservarse para casos en que el fracaso no es visible y el tratamiento se perpetúe.

Giovacchini y Bryce Boyer (1975) definen la *impasse* como una situación donde el terapeuta, que se siente incómodo y frustrado, tiende a introducir un parámetro, esto es, un procedimiento no analítico, o bien a interrumpir la terapia (pág. 144). Esta definición no me parece del todo satisfactoria por diversas razones. Puede existir la *impasse* sin que el analista se vea llevado a actuar. El *acting out* del analista, en caso de producirse, sería una consecuencia de la *impasse* pero no una de sus notas definitorias. Por otra parte, el parámetro de Eissler (1953) tiene que ver con una actitud técnica que, más allá del acuerdo que le dispensemos, no implica necesariamente actuación.

Estos autores consideran que la *impasse* es el correlato trasfereencial de una crisis del desarrollo temprano y, como tal, es intrínseca a la psicopatología del paciente, con lo que se confunde la causa (psicopatológica) con la consecuencia técnica, la *impasse*. De todos modos, la observación *clínica* de Giovacchini y Bryce Boyer es acertada, en cuanto las crisis del desarrollo temprano tienen su «inevitable» correlato en la transferencia, ya lo vimos en el capítulo 28; pero no me parece *inevitable* que la repetición trasfereencial lleve a la *impasse*.

Laertes Moura Ferrao (1974) cuestiona el concepto mismo de *impasse* y sostiene que está impregnado de una errónea concepción del psicoanálisis. Por sus orígenes y por su índole, el psicoanálisis se asemeja (y confunde) con un tratamiento médico y hasta con un tratamiento moral y religioso. La idea de cura médica o moral influye sobre nuestra concepción del proceso psicoanalítico y repercute en la omnipotencia del paciente y

¹ El error técnico incluye las limitaciones teóricas del analista pero no del psicoanálisis, ya que entonces todo obstáculo podría remitirse a nuestra ignorancia, encomiable desde el punto de vista ético y legítimo epistemológicamente pero carente de significado en la práctica.

del analista. Siguiendo a Bion en *Volviendo a pensar* (1967), nuestro autor sostiene que el psicoanálisis no es un procedimiento curativo sino un método de conocimiento para facilitar el crecimiento del individuo. Sin entrar a discutir el fondo del asunto y aun desde la perspectiva del autor, la impasse existiría lo mismo en cuanto obstáculo a ese crecimiento del individuo.

Maldonado, que ha estudiado la impasse sostenidamente (1975, 1979, 1983), se inclina a pensar que la impasse «no es un mero resultado secundario, de resistencia del paciente; es, por el contrario, un objetivo hacia el cual el paciente se dirige y responde a una fantasía inconciente que tiende a lograr la paralización del objeto en su autonomía y su vínculo con él» (1983, pág. 206). Maldonado afirma, con toda razón, que en el inconciente del analizado existe una representación del proceso analítico, que da cuenta de su devenir. De ahí que pueda detectarse muchas veces en el material la fantasía de un proceso que se ha detenido.

En conclusión, creo no apartarme del empleo generalizado de este término si doy una definición elucidativa² de la impasse mediante las siguientes notas esenciales: la impasse psicoanalítica es un concepto técnico, comporta una detención insidiosa del proceso, tiende a perpetuarse, el setting se conserva en sus constantes fundamentales, su existencia no salta a la vista como resistencia incoercible o error técnico, arraiga en la psicopatología del paciente e involucra la contratrasferencia del analista.

Hasta el más lego puede pensar que un procedimiento largo y penoso como la cura psicoanalítica, que por definición se entiende como un sostenido esfuerzo para vencer una *resistencia*, debe estar particularmente expuesto a la impasse, y así es por cierto. Sin embargo, el problema poco se menciona y estudia.³

Es que en cuanto nos ponemos a considerarlos seriamente debemos enfrentarnos con los interrogantes últimos sobre el valor de nuestro método y la eficacia de nuestra técnica. La impasse de un solo tratamiento lleva invariablemente al analista auténtico a un replanteo de su profesión y de su disciplina. No pasa lo mismo con el fracaso o la interrupción del tratamiento, que sólo evocan, por lo general, fallas más personales, más inmediatas y reconocibles. Es esta otra razón —casi higiénica— para delimitar el término y no confundirlo con los otros casos, siempre más justificables y menos perturbadores para nuestra conciencia.⁴

² Rudolf Carnap (1930), en el capítulo 1 de su *Logical foundation of probability*, distingue tres tipos de definiciones: *analítica*, que recoge los usos comunes de un término (como la gente emplea la palabra); *estipulativa*, que sugiere un uso específico y *elucidativa*, que propone un uso normalizado sobre la base de cómo se emplea el término en el lenguaje corriente.

³ En el clásico libro de Edward Glover (1955), sin embargo, se pueden encontrar muchas y valiosas referencias al tema bajo las designaciones de *analytic stagnation* y *stalemate analysis (passim)*.

⁴ Si quisiéramos utilizar los conceptos del epistemólogo Thomas S. Kuhn (1962) sobre la estructura de las revoluciones científicas, podríamos decir que los fracasos terapéuticos en general se ven como disfunción interna de la teoría, que no ponen en peligro el *paradigma psicoanalítico*, intentos que la impasse constituye una verdadera *anomalía* y equivale a un

Los analistas que en la década del treinta cuestionan a Freud y crean el neopsicoanálisis lo hacen porque el callejón sin salida de su praxis los lleva a buscar otras teorías. Basta releer *New ways in psychoanalysis*, de Karen Horney (1939), para ver que es así. También el ontoanálisis, que inicia poco después Binswanger, proclamará sobre la misma base que deben revisarse los supuestos teóricos de Freud y sus continuadores en tanto operan contra la captación inmediata del enfermo como existente. Son bien conocidas las contradicciones y falencias de los culturalistas y del *Daseinanalyse*; pero no quita que la reiterada comprobación de que un tratamiento no progresa y se estanca lleva por nuevos caminos.

El mismo tipo de dificultades había contribuido a que Freud, diez años antes, modificara radicalmente sus teorías. El concepto de *repetición* que se le impone en 1914 y lo lleva seis años después a postular un instinto de muerte, sin duda arraiga en la dificultad clínica de hacer progresar a ciertos pacientes. El análisis del «Hombre de los Lobos» había llegado a su impasse en 1913 y ya sabemos la forma drástica (no exenta por cierto de una fuerte tonalidad contrasferencial) en que Freud lo resolvió (o creyó resolverlo).

Cuando leemos desde esta perspectiva al Freud de los años veinte, al que enuncia la teoría estructural con la segunda tópica, puede seguirse sin vacilaciones el hilo que va desde la repetición al instinto de muerte y al (cruel) superyó del quinto capítulo de *El yo y el ello* (1923b). Allí describe Freud, magistralmente, la reacción terapéutica negativa, cuya relación con la impasse es tan evidente que a veces hasta se los da por sinónimos.

Es también un franco reconocimiento de que el análisis practicado hacia fines de la década del veinte llevaba frecuentemente a un estancamiento lo que impulsa las investigaciones de Wilhelm Reich, que culminan en 1933 con su perdurable *Análisis del carácter*, hacia donde vuelven los ojos algunos investigadores actuales que se preocupan por este problema (y por el narcisismo), como Rosenfeld (1971). En el capítulo III, «Sobre la técnica de la interpretación y el análisis de la resistencia», cuando describe la *situación caótica*, Reich nos da una visión clara y plástica de la impasse en la más ruidosa de sus formas. Su método de ataque a la coraza caracteromuscular a través del análisis vigoroso y sistemático de la resistencia trasfereencial era básicamente un esfuerzo para evitar la impasse.⁵ Que el narcisismo es un factor necesario de la impasse nadie lo pone en duda; pero, a mi juicio, lo que realmente importa es de-

amago de crisis. Las dificultades internas, dice Kuhn, no alteran la ciencia normal, cuya tarea fundamental es la resolución de enigmas; pero las anomalías conducen a la crisis, que obliga a la reconstrucción de la disciplina sobre la base de un nuevo paradigma. Como se verá a continuación, el fenómeno de la impasse ha tenido reiteradamente ese efecto. Merece destacarse que, aunque en otro contexto, Giovacchini y Bryce Boyer vinculan lúcidamente la impasse a una crisis existencial del analista, a un ataque a sus valores (1975, pág. 161).

⁵ Reich sostuvo que la situación caótica era siempre consecuencia de un error técnico: la desatención de las defensas caracterológicas (el punto de vista económico). A pesar de esta afirmación extrema, que Fenichel (1941) rebatió con razón afirmando que hay situaciones caóticas espontáneas (es decir, imputables al paciente mismo), el concepto de defensa narcisista de Reich abrió rutas a la investigación.

sentrañar a través de qué estrategias defensivas y ofensivas se vale el yo (y en especial el yo narcisista en el sentido de Rosenfeld [1971]) para llevar a la impasse. De ahí que en este trabajo no se considere la relación de la impasse con el narcisismo (reiteradamente señalada en la bibliografía), que existe siempre pero es demasiado general y poco específica. El tema mereció la atención de los integrantes de la mesa redonda sobre «Narcissistic resistance» de la *American Psychoanalytic Association* (1968), especialmente Edith Jacobson y Paul Sloane (Segel, 1969).

Ultimamente, sin embargo, Maldonado (1983) ha propuesto una relación más específica entre impasse y narcisismo al sostener que la impasse responde a una concreta fantasía del paciente que, abroquelado en su narcisismo, no da literalmente nada al analista. La comunicación requiere siempre como *conditio sine qua non*, que el otro exista, y esto es lo que desconoce radicalmente el narcisismo. De ahí se sigue para Maldonado que el material típico de la impasse no comunica nada, no tiene valor simbólico, no es significativo. El correlato de esta situación psicopatológica es que el material del paciente durante la impasse se caracterice por la marcada disminución o la ausencia de representaciones que configuran imágenes visuales.

No es solamente porque el estudio de la impasse nos lleva inmediatamente a los replanteos básicos de nuestra ciencia que el tema ofrece tantas dificultades. Por su misma índole, la impasse se parece mucho y hasta se confunde con la marcha natural del análisis.

Es significativo que la idea de impasse aparezca implícitamente en Freud cuando introduce, en 1914, el concepto de *elaboración*. Dice allí, concretamente, que el analista principiante, al no tomar en cuenta este proceso (la elaboración), puede creer que el tratamiento falla y se estanca (AE, 12, pág. 157), al no observar un cambio inmediato de una determinada configuración resistencial, luego de haberla interpretado adecuadamente. Es que la impasse es, precisamente, a mi juicio, *el negativo de la elaboración*: cuando la elaboración se detiene aparece la impasse. Mostardeiro *et al.*, coincidentemente, dicen (pág. 18) que el concepto de impasse debe aplicarse a cómo se desarrolla el *proceso* analítico, y no a la cura o remoción de los síntomas.⁶

Si lo que acabo de exponer es cierto, se advierte sin más un grave obstáculo para llegar a una comprensión satisfactoria de la impasse. Al consi-

⁶ Conviene aclarar aquí, siguiendo una observación de Benito López, que uso el concepto de elaboración con la acepción que tiene en «Recordar, repetir y reelaborar», es decir, como el proceso que modifica la resistencia en general y no la resistencia del ello que, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926a) se liga a los estereotipos biológicos y al instinto de muerte. Sigo así, pues, la sugerencia de Sandler *et al.* (1973) cuando proponen conservar el término elaboración como un concepto esencialmente clínico y descriptivo, sin adscribirlo a una especial explicación dinámica. El significado amplio del término fue sostenido por Fennichel en el Simposio de Marienbad de 1936 (y ulteriormente en 1941 y 1945a), en contraposición a los puntos de vista de Hilbrink (modificaciones del ello) y sobre todo de Nunberg (1937). Cuando discute el concepto de elaboración en el capítulo VIII de su libro, Meltzer (1967) opera a la vez con las dos concepciones procurando integrarlas. (Véase, para más detalles, el capítulo 30.)

derar que la cura psicoanalítica se apoya en la elaboración, vemos hasta qué punto la impasse le está ínsitamente ligada. ¿En qué momento vamos a decidir que el incesante retorno de los mismos problemas no puede ya considerarse elaboración sino impasse? Esta decisión pertenece por entero al analista, y nunca sabemos si la toma objetivamente o bajo la influencia del compromiso contratrasferencial, que siempre existe en estos casos. ¿Decidiría hoy Freud que el «Hombre de los Lobos» está en una impasse? La experiencia que tenemos ahora lo hubiera hecho, sin duda, más cauto y perseverante, porque tres (o cuatro) años de análisis no bastan para resolver una neurosis tan grave como aquella que llevó al paciente a una crisis psicótica, en 1926, y a su reanálisis con Ruth Mack-Brunswick desde octubre de 1926 hasta febrero de 1927, análisis que hubo de retomar aún años después (Mack-Brunswick, 1928a).⁷

Resumiendo: las deficiencias metodológicas (y/o técnicas) del psicoanálisis, la relación compleja (o confusa) de la impasse con el proceso de elaboración y el compromiso contratrasferencial, tres factores siempre presentes, nos hacen dudar cuando formulamos el diagnóstico de impasse.

Desde los estudios de Racker (1960), resulta claro que la neurosis de contratrasferencia (y en especial lo que él llama las posiciones contratrasferenciales) es un factor de primera importancia en el establecimiento de la impasse. Las mismas consecuencias pueden derivarse de los trabajos de Paula Heimann (1950, 1960) y de la copiosa bibliografía actual sobre contratrasferencia. Más recientemente, Betty Joseph, en su valioso trabajo sobre el fetichismo (1971), y Rosenfeld, en sus conferencias en la Asociación Psicoanalítica Argentina (1975), insisten en la sutil interacción entre paciente y analista en la impasse, sobre todo a través de la erotización del vínculo trasferencial, un punto sobre el que volveré más adelante.

El problema del diagnóstico se hace todavía más complejo porque no podemos confiar en absoluto en las opiniones del paciente. Más de una vez, el que sufre la impasse no la menciona, y lo negará resueltamente si se lo sugerimos. Un analizado muy inteligente, por ejemplo, en un rebelde período de impasse al final de un largo y provechoso análisis, acogía mis interpretaciones diciendo que esta vez sí yo había logrado llegar al fondo de la cuestión, que lo había desarmado por completo, que había dado por fin en el clavo. ¡Ahora sí que se abría la posibilidad de analizar tal o cual cosa!, y así indefinidamente. Levantaba la bandera del progreso para negar el estancamiento. Tampoco es segura la opinión del analizado en el caso opuesto, ya que es común que niegue un progreso real diciendo que está siempre igual, que está estancado (o peor).

En otras palabras, antes de plantearse la posibilidad de una impasse, el analista debe verla aparecer no sólo en su mente (contratrasferencia) y en la del paciente (trasferencia) sino también en el material.

⁷ Antes, en 1919-20, el paciente había tenido un segundo análisis con Freud de cuatro meses de duración.

Sin embargo, el diagnóstico no es imposible y hasta resulta claro si se presta atención al material del paciente, a la marcha general del proceso e incluso a los juicios del analizado sobre lo que está pasando. El sueño del enfermo de Meltzer (1973), reposando con holgazanería en la cama de un hotel de veraneo cuando el plazo para partir ya se ha cumplido (pág. 74), es, por ejemplo, un indicio convincente de que el proceso se ha estancado (o al menos que así lo piensa el enfermo). Meltzer señala como otro indicador clínico importante un tipo de negación como el de la olla de Freud: «No puedo evitarlo; y no es culpa mía; y, al fin y al cabo, ¿qué tiene de malo?». Willy y Madelaine Baranger (1961-62, 1964, pág. 171), señalan acertadamente que el *baluarte* por ellos descrito (y que explica muchos casos de *impasse*) se acompaña casi siempre de la queja de estar dando vueltas a la noria o a la calesita.⁸ Son frecuentes, por cierto, sueños o alusiones a autos empantanados, vehículos que no andan, relojes descompuestos, etcétera. Nadie puede describir mejor la *impasse* que aquel paciente de Maldonado (1983) que se veía como un hámster haciendo mover a gran velocidad la rueda de su jaula, siempre en el mismo punto.

En todos estos casos, sin embargo, la adecuada interpretación de lo que está o, mejor dicho, de lo que *no* está sucediendo puede cambiar el cuadro, y entonces la *impasse* se resuelve como otra dificultad cualquiera y ya deja de serlo. Que las cosas no sean en general tan fáciles de solucionar —y de ahí que hablemos de *impasse* justamente cuando no se superan de inmediato— no despeja lo inseguro del diagnóstico. El factor temporal, la evidencia de que las fases se repiten idénticas a sí mismas sin que pueda confiarse ya en que el tiempo las cambie (elaboración) es lo que, a mi juicio, mejor denuncia la *impasse*. He visto reiteradamente que en el curso de un determinado ciclo temporal (la sesión, la semana, incluso el año) se plantea un problema que se resuelve convincentemente por vía interpretativa para resurgir intacto al final del período, y esto permite un diagnóstico bastante seguro, a veces hasta presuntivo, de *impasse*.

En su excelente trabajo «Una técnica de interrupción de la *impasse* analítica» (1977), Meltzer exige que la *impasse* lleve un año antes de que su técnica sea aplicable. Es un plazo sin duda muy prudente; pero de todos modos arbitrario. Y agrega este autor que pasará otro año hasta que el paciente acepte su propuesta, sin que nunca llegue a convenir que fue adecuada la técnica de interrupción.

Todos los caminos conducen a Roma y todos los azares de nuestra técnica pueden conducir al callejón sin salida de la *impasse*; pero tres merecen destacarse: el *acting out* (Freud, 1905e, 1914g), la reacción terapéutica negativa (Freud, 1923b, 1924c, 1937c) y la reversión de la perspectiva (Bion, 1963). Muy distintos en su fenomenología clínica y en su psicodinámica, los tres son miembros de una misma clase, como es notorio si los tomamos como conceptos *técnicos* y no psicopatológicos. Importa esta discriminación, porque el vínculo entre lo técnico y lo psicopatológico no es unívoco

⁸ Véase, por ejemplo, el convincente ejemplo de Maldonado (1975) sobre la calesita (pág. 134).

—aunque a veces se confunde, por ejemplo, la psicopatía con el acting out y la caracteropatía grave con la reacción terapéutica negativa—.

Esta diferencia nos permite advertir que, si bien los tres procesos mencionados configuran modalidades defensivas, y por tanto se inscriben en el amplio capítulo de los mecanismos de defensa, corresponde asignarles una categoría distinta, una entidad diferente y más alta. Los mecanismos de defensa son *técnicas del yo*, mientras que el acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva, por su índole compleja donde se engarzan diversas modalidades ofensivas y defensivas, configuran más bien tácticas o *estrategias del yo*. Más globales, son formas específicas y altamente complicadas con que el paciente se maneja en el tratamiento, estrategias para atacar e impedir el desarrollo de la cura y no simplemente para protegerse. Cuando lo logran, producen la impasse.

Lo que más distingue a las tres estrategias que estamos considerando, lo que las diferencia una de otra, es su lugar de influencia en el proceso psicoanalítico, aunque también pueden establecerse diferencias según el tipo de conflicto trasfereencial que les da origen y las respuestas contratrasfereenciales que provocan, o bien según el tipo de trastorno del pensamiento que las sustenta y la forma de adaptación en que se inscriben o, en fin, el cuadro clínico en que se hallan más frecuentemente.

El acting out actúa fundamentalmente sobre la *tarea*. Si partimos de los conceptos de Freud en 1914, podríamos decir que la transferencia es una forma especial de recordar, mientras que el acting out surge para no recordar, y esto permite definirlo como *antiitarea*. Sólo que actualmente remplazamos la palabra «recordar» por *comunicar* (Greenacre, 1950; Liberman, 1971: el paciente con estilo épico, pág. 537) o *pensar* (Bion, 1962a, 1962b; Money-Kyrle, 1968). Igualmente puede decirse que el acting out ataca el encuadre analítico, como prefiere Zac (1968, 1970), ya que el setting se instituye justamente para realizar la tarea.

Su influencia sobre la labor y un tipo especial de trastorno del pensamiento son las coordenadas que permiten señalar una conducta como acting out. Como vimos en el capítulo 54, estos dos factores están intrínsecamente relacionados. La falta del pecho, según Bion, pone en marcha el proceso de pensamiento, en cuanto determina que la frustración (la carencia, la ausencia) sea tolerada y modificada, o bien negada. Para que el pecho faltante se transforme en pensamiento, el bebé tiene que realizar una dolorosa tarea, *pensar* en lugar de sentir que hay un pecho malo que debe ser evacuado. Esta situación básica, esta *prototarea*, es la que está en juego en todo acting out. De ahí que el acting out siempre esté vinculado a las angustias de separación (Grinberg, Zac) y a conflictos de dependencia, lo que repercute como situación de constante alarma o zozobra en la contratransferencia. Son los pacientes en que pensamos después de la sesión, dice Liberman (1971).

En la reacción terapéutica negativa, en cambio, el punto de acción de la estrategia yoica no toca la tarea sino sus *logros*. La reacción terapéutica negativa, como indica su nombre, sólo sobreviene cuando se ha reali-

zando algo positivo, y es justamente contra este logro del análisis que se dirige la defensa del yo. Como señala Freud en su trabajo inaugural de 1923, y más tarde Melanie Klein en *Envy and gratitude* (1957), la reacción terapéutica negativa sobreviene después de un momento de alivio y de progreso, de un momento de insight en que el paciente comprende y valora la labor del analista. Se despliega, entonces, una respuesta contradictoria y paradójica, que ya fuera señalada por los valiosos trabajos de Karen Horney y de Joan Rivière de 1936 y que Melanie Klein vinculó veinte años más tarde con la envidia por los objetos primarios. La actitud paradójica es siempre notoria en estos pacientes. Uno de ellos recordaba siempre, con admiración, la famosa anécdota de Groucho Marx, que renunció a un club diciendo que él no iba a pertenecer a un club que era capaz de aceptarlo como socio. Cuando yo le interpretaba que él no quería curarse para verme fracasar como analista, me respondía (con toda razón) que yo tenía que curarlo justamente de ese deseo de no curarse para verme fracasar; y agregaba triunfalmente que, si lo lograba, entonces mi interpretación se habría demostrado equivocada. La paradoja lleva aquí, de la mano, a un callejón sin salida.

La adaptación del acting out es típicamente aloplástica, en el sentido de Ferenczi (1913), mientras que en la reacción terapéutica negativa (y desde luego también en la reversión de la perspectiva) el proceso adaptativo se da en el pensamiento y la estructura de carácter. Es autoplástico, con rumiación ideativa en el primer caso; con rigidez y un tipo especial de disociación en el segundo, el *splitting estático* descrito por Bion (1963). Esto explica, también, por qué el acting out es típico aunque no exclusivo de la psicopatía, mientras que la reacción terapéutica negativa germina en las caracteropatías graves, que estudió con admirable lucidez Abraham en 1919. En ese trabajo se apoya la investigación de Joan Rivière, cuando afirma que es en las caracteropatías graves donde operan con más energía las defensas (maníacas) contra la posición depresiva, que es particularmente intensa en los pacientes que exhiben la reacción terapéutica negativa.

Así como el acting out provoca constantemente alarma y sorpresa en el analista, la reacción terapéutica negativa infiltra un sentimiento peculiar de aburrimiento, decepción y fatalismo que Cesio (1960) definió como letargo. Si bien el acting out crónico puede conducir a un callejón sin salida donde pasan muchas cosas sin que pase verdaderamente nada, es más frecuente que lleve a una brusca y sorprendente interrupción; mientras que, por su índole perseverante y adhesiva, los pacientes con reacción terapéutica negativa están más propensos a la impasse (una de las causas por las que se los confunde).

La reversión de la perspectiva que describió Bion (1963) consiste en un acuerdo manifiesto y un desacuerdo latente y radical, según el cual el paciente ve todo lo que pasa en el proceso analítico desde otra perspectiva, con otras premisas. Se analiza no para comprender sus problemas sino para demostrar, a sí mismo y al analista, alguna otra cosa, por ejemplo que tiene más inteligencia, más insight, más capacidad de amar,

Esta actitud influye fundamentalmente, a mi juicio, en el *contrato*. El paciente hace una especie de contrato paralelo y oculto, al cual se arreglarán todas sus vivencias durante el análisis y desde el cual se acomodarán y «reinterpretarán» todas las interpretaciones del analista.

En los casos extremos, dice Bion, la reversión de la perspectiva se da en psicóticos latentes y fronterizos; pero también es posible descubrirla en pacientes menos graves, donde, entonces, adopta una modalidad menos extrema y la rigidez del pensamiento (propia de estas personas) no es tan absoluta.

Un colega que tuve en tratamiento varios años vino, no a tratarse de su asma y su neurosis, sino a que yo, modulando su angustia, le permitiera hacer un tratamiento homeopático que iba a ser el verdaderamente curativo. El inconveniente de ese infalible tratamiento que él mismo aplicaba como homeópata a muchísimos asmáticos, era que a veces movilizaba una angustia excesiva, intolerable. La función del análisis era contener esa ansiedad. Va de suyo que este singular contrato terapéutico fue descubierto luego de un largo y arduo proceso analítico y poco o nada tenía que ver con lo que en principio convinimos, fuera de algunas ambigüedades que me propuso con habilidad para nada conciente. Se comprende sin más que, para él, todas mis interpretaciones eran vistas como *ataque* o (rara vez) como apoyo al tratamiento homeopático. Era claro que, desde su perspectiva, el tratamiento psicoanalítico era una prueba de mi rivalidad, cuando no de mi envidia y prepotencia. Cada vez que el análisis hacia un progreso reaparecía la idea del tratamiento homeopático. A veces, su insistencia en administrárselo lindaba con el capricho infantil, otras con la deshonestidad. Así, cuando luego del tercer invierno de análisis vio instalarse la primavera sin sus habituales crisis de mal asmático, empezó a tomar secretamente el medicamento homeopático que él consideraba indicado en su caso, para entonces atribuirle la mejoría.⁹

Luego de esta breve exposición de las principales características del acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva como causas de la impasse, podemos ofrecer algunas conclusiones provisionales.¹⁰

Considero por de pronto que la situación de impasse puede darse en cualquier momento del análisis, y así opinan seguramente W. y M. Banger (1961-62, 1964) cuyos estudios sobre el baluarte son una original contribución al tema.¹¹ Es improbable, sin embargo, que la impasse apa-

⁹ Expuse el caso más detalladamente en el capítulo 57, parág. 6.

¹⁰ No escapará al lector que el autor no pretende en modo alguno que el acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva sean características definitorias de la impasse. Estas características fueron indicadas al comienzo. Nuestra tesis debe interpretarse como sosteniendo que los tres fenómenos aludidos son notas concomitantes, necesariamente relacionadas como agentes causales con la impasse, que sería el efecto de alguna de esas causas o eventualmente de otras. (Sobre la distinción de notas esenciales y concomitantes, véase Hospers, 1963.)

¹¹ Pienso que el *baluarte* puede reducirse siempre a alguno de los tres fenómenos mencionados, especialmente el acting out vía erotización del vínculo trasfereencial. *Idéntica*

rezca de entrada, como no sea en los casos más enérgicos de la reversión de la perspectiva, cuando el analizado trae en su inconciente un rígido contrato paralelo que ha de aplicar sin concesiones. De ser así, pasará necesariamente un cierto tiempo hasta que pueda ser descubierto. Como ya lo hemos dicho, en la iniciación del análisis suele observarse la resistencia incoercible y no la impasse. A veces la clínica es compleja, como en el caso de Rosenfeld (1975a): inicia el análisis con una resistencia incoercible (en cuya producción colaboraron, según el autor, ciertos yerros técnicos) y, luego de un curso por demás difícil y accidentado, llega a una situación de impasse que finalmente el analista resuelve con maestría.

Meltzer (1967) sostiene, en cambio, que la impasse sobreviene en el umbral de la posición depresiva, cuando el paciente tiene que hacerse cargo de su dolor moral, su culpa y su maldad. Siguiendo la línea del menor esfuerzo, prefiere usar indefinidamente al analista como pecho inodoro, mientras mantiene disociado el pecho nutricio en un objeto externo, gracias al acting out o, menos frecuentemente a mi juicio, reforzando la reacción terapéutica negativa con el cerrado sistema de defensas maníacas que describió Joan Rivière en su memorable trabajo. Hay que tener en cuenta que a esta altura del análisis, libre ya de síntomas e inhibiciones y con una buena adaptación social y sexual, el paciente está muy propenso a sentirse curado; y desde el punto de vista psiquiátrico lo está. Sin embargo, sigue siendo muy egocéntrico, se preocupa más por su bienestar personal que por sus objetos y sus sentimientos de gratitud por el analista (en lo que es y representa) siguen siendo epidérmicos y convencionales, mientras su culpa es más proclamada que sentida. Es este un momento crucial que lo enfrenta con una verdadera opción, y no es de extrañar que recurra a una jugarreta existencial para eludir el peso íntegro de sus responsabilidades. La presión para llegar a un *happy end* de mutua idealización con el analista a través de formas sutiles de acting out dentro (erotización) o fuera de la transferencia (progresos) es siempre muy fuerte, y ningún analista es inmune a este llamado sutil y persistente.

El acting out masivo e incontrolable de las primeras etapas del análisis conduce, por regla general, a la interrupción y no a la impasse. Es sólo cuando se moviliza insidiosamente contra las angustias depresivas y se hace menos violento pero más pertinaz y astuto, que el acting out conduce a la impasse. Muchos análisis se dan por terminados con un acting out de este tipo. A veces el acting out resulta tan sintónico con el yo y tan aceptable socialmente que convence al analista. Participa aquí siempre un conflicto de contratransferencia, como sugiere Zac (comunicación personal), porque el analista también quiere ver bien a su paciente y ahorrarse él mismo el doloroso esfuerzo de la finalización del tratamiento. Así, la impasse desemboca finalmente en casamiento o divorcio, cambio de

conclusión cada para la mala fe (M. Baranger, 1959), que destaca Maldonado en su trabajo de 1975. Según Maldonado, la mala fe opera como acting out verbal en su paciente. Me inclino a pensar, sin embargo, que en este ilustrativo caso clínico el acting out verbal se instrumenta para mantener (de mala fe) una reversión de la perspectiva.

trabajo, constitución o ruptura de una sociedad comercial, etcétera. Si el analizado es un candidato, el acting out consiste en que pase a ser miembro de la asociación con el beneplácito del analista.¹²

La impasse por reacción terapéutica negativa puede instalarse al promediar el análisis, cuando se resuelven las confusiones geográficas o zonales (Meltzer, 1967), pero es más probable que lo haga cuando arrecian las angustias depresivas. En este momento las defensas maniacas son más enérgicas y se reactiva la envidia temprana por el pecho nutricional. Pienso, sin embargo, con Rosenfeld (1975a), que la reacción terapéutica negativa tiene que ver no sólo con las defensas maniacas, como decía Joan Rivière, sino también con los ataques (u «ofensas») maniacos y puede, entonces, provocar la impasse cuando dominan todavía las angustias paranoides. Lo mismo puede deducirse de los estudios de los Baranger, ya que el baluarte es muchas veces una actividad perversa celosamente preservada por el analizado y, como tal, muy ligada a angustias persecutorias. Es frecuente encontrar en estos casos que el análisis se transforma en el fetiche del perverso o la droga del adicto.

No hay duda, en cambio, de que el impasse de la reversión de la perspectiva, por su índole y sus características, es *d'emblée*, si bien puede pasar mucho tiempo sin que se lo detecte. Vale la pena recordar aquí las palabras precisas del propio Bion (1963), cuando dice que el acuerdo es manifiesto en tanto que el desacuerdo latente, oculto e ignorado, a pesar de ser radical.

Discusión y comentario

Un tratamiento psicoanalítico puede fallar por muchas causas y la impasse no es más que una de ellas; pero tan singular como para que merezca preferente atención. Solapada y silenciosa, es ínsita a su naturaleza la dificultad de detectarla y resolverla, estudiarla y meditar sobre ella. Es quizás el peor riesgo de nuestro azaroso quehacer y la amenaza más cierta a nuestro instrumento de trabajo. Uno sólo de estos casos basta para conmover nuestra ideología científica, porque la impasse no es simplemente una dificultad interna de la teoría sino una verdadera anomalía que cuestiona el paradigma psicoanalítico y amaga con la crisis. Y no se le presenta por lo general al analista novel sino al que ya tiene una experiencia suficiente como para salvar obstáculos más visibles.

Este capítulo propone ubicar la impasse en el contexto del proceso psicoanalítico, intenta definirla, señala sus particularidades y busca sus causas. Mis reflexiones surgieron en principio de una doble experiencia, la enseñanza de la técnica y la tarea del consultorio: ambas convergen en

¹² Se confunde, así, un requisito reglamentario (terminación del análisis didáctico) con la terminación sustantiva de un análisis. Hay por desgracia muchos casos de estos y nadie puede estar seguro de evitarlos.

un hecho esencial, donde el proceso psicoanalítico aparece como un esfuerzo permanente hacia el insight (y la elaboración) con obstáculos definidos y específicos, que sólo pueden sistematizarse y comprenderse como estrategias del yo.

En cuanto a su ubicación conceptual, la impasse pertenece al campo de la técnica, no al de la psicopatología. Punto de convergencia de las más dispares circunstancias, se presenta siempre como un fenómeno complejo y multideterminado, que debe distinguirse, por de pronto, de la resistencia incoercible y del error técnico, siempre más simples en su estructura y ruidosos en su presentación. Sin desconocer que entre los tres hay formas de tránsito en que se superponen los rasgos distintivos, y aun teniendo en cuenta que hay modalidades evolutivas que los acercan innegablemente, la impasse afirma su perfil justamente porque nunca lo muestra, porque nunca salta a la vista. Tampoco destaca un culpable, en tanto alcanza a la vez a analista y paciente. Ambos así lo perciben, lo sienten y hasta lo reconocen. Como la contratrasferencia está siempre honda y sutilmente involucrada, no vale distinguir una impasse del analista y una impasse del paciente: pertenece a los dos.

El narcisismo, las crisis tempranas del desarrollo, las situaciones traumáticas y las severas privaciones de los primeros años son factores predisponentes; pero ninguna situación psicopatológica es de por sí suficiente para que la impasse aparezca. Cuando la impasse se constituye no estamos ya en el campo de la psicopatología sino en el de la praxis, de la técnica.

Creo no apartarme del empleo generalizado de este término si lo defino elucidativamente mediante las siguientes notas esenciales: la impasse es un concepto técnico, comporta una detención insidiosa del proceso psicoanalítico, tiende a perpetuarse, el encuadre se conserva en sus constantes fundamentales, su existencia no salta a la vista, arraiga en la psicopatología del paciente e involucra la contratrasferencia del analista.

Por su índole, la impasse se parece y se confunde con la marcha natural del análisis, de aquí que la considere como *el reverso de la elaboración* y subraye esta idea como el epicentro de mis reflexiones. Cuando se detiene la elaboración aparece la impasse. El diagnóstico se hace así difícil, porque es borrosa la línea divisoria (entre elaboración e impasse) y porque la traza en principio un analista que está capturado en el proceso mismo. Para llegar a un diagnóstico, pues, el analista debe atender a la par las indicaciones que provienen de la transferencia y de la contratrasferencia; pero sólo podrá fundarlo cuando la vea aparecer objetiva y reiteradamente en el material del analizado, lo que implica que el diagnóstico se hará con más frecuencia recorriendo el material de las sesiones que en las sesiones iniciales.

Las estrategias del yo pueden asumir formas distintas pero, en el estado actual de la investigación psicoanalítica, se las puede circunscribir a tres fundamentales: el acting out, la reacción terapéutica negativa y la reversión de la perspectiva. Las tres pueden funcionar conjunta o alternati-

vamente y, a mi juicio, las tres trazan arcos de círculo de diferente diámetro. Es decir, que el acting out puede operar al servicio de la reacción terapéutica negativa y esta ser una modalidad de la reversión de la perspectiva, pero no al revés, lo que se desprende del área en que operan. El acting out actúa sobre la *tarea psicoanalítica*, la reacción terapéutica negativa sobre sus *logros*, la reversión de la perspectiva cuestiona calladamente el *contrato*, el acuerdo básico entre analista y paciente.

Si bien los tres procesos mencionados configuran modalidades defensivas y, por tanto, se inscriben en el amplio capítulo de los mecanismos de defensa, por su índole compleja donde se engarzan diversas maniobras defensivas y ofensivas, corresponde asignarles una categoría distinta, una entidad diferente y más alta. Más globales, son formas específicas y altamente complicadas con que el paciente se maneja en el tratamiento, *estrategias* para atacar e impedir el desarrollo de la cura y no simples técnicas para protegerse. Creo, también, que son patrimonio de la parte psicótica de la personalidad, como me sugirió hace mucho Darío Sor.

Las estrategias del yo guardan una relación evidente con ciertos cuadros nosológicos: el acting out con la psicopatía, la reacción terapéutica negativa con las caracteropatías graves, la reversión de la perspectiva con la personalidad fronteriza, pero en este trabajo se estudian con independencia de la psicopatología, ya que la relación no es unívoca.

Al estudiar la impasse en cuanto al momento en que se presenta y según las estrategias mencionadas, la experiencia clínica me induce a pensar que puede aparecer en cualquier momento del proceso analítico, si bien es posible establecer algunas precisiones.

La impasse quizá más frecuente y difícil de resolver es la que Meltzer describe en el umbral de la posición depresiva, cuando el paciente tiene que hacerse cargo de su dolor moral, su culpa y su maldad. Siguiendo la línea del menor esfuerzo, prefiere usar indefinidamente al analista como pecho inodoro, mientras mantiene disociado el pecho nutricional en un objeto externo, gracias al acting out o la reacción terapéutica negativa. En este momento es frecuente que sobrevenga una erotización del vínculo trasfereencial-contratrasfereencial. El acting out masivo e incontrolable de las primeras etapas del análisis conduce a la interrupción y no a la impasse.

La impasse por reacción terapéutica negativa puede instalarse al promediar el análisis cuando todavía predominan las angustias paranoides, pero es más probable que lo haga cuando crecen las depresivas.

La impasse de la reversión de la perspectiva, por su índole y sus características, es *d'emblée*, si bien puede pasar mucho tiempo hasta que se lo descubra, tanto más cuando el contrato secreto del paciente logre establecer una falsa alianza terapéutica con su desprevenido analista.

En resumen, la impasse es un concepto técnico (y no psicopatológico), que comporta una detención insidiosa del proceso psicoanalítico, tiende a perpetuarse, el setting se conserva; arraiga en la *psíco-*

patología del paciente e involucra al analista. Diferente de otras formas de fracaso del tratamiento psicoanalítico, como la resistencia incoercible (del analizado) o el error técnico (del analista), la *impasse* pertenece a los dos, porque la contratrasferencia está siempre interesada. Solapada y silenciosa, es ínsita a su naturaleza la dificultad de detectarla y resolverla, de estudiarla y meditar sobre ella. Es una verdadera anomalía que conmueve nuestra ideología científica. Por su índole, la *impasse* se parece y se confunde con la marcha natural del análisis, porque es *el negativo de la elaboración*: cuando cesa la elaboración se constituye la *impasse*.

El proceso psicoanalítico debe entenderse como un esfuerzo permanente hacia el insight, con obstáculos definidos y específicos que propongo llamar *estrategias del yo*. Las estrategias del yo pueden asumir formas distintas pero en el momento actual se las puede circunscribir a tres: el acting out, la RTN y la reversión de la perspectiva, que actúan respectivamente en la tarea, los logros y el contrato. Estas estrategias del yo, si bien se inscriben en el amplio capítulo de los mecanismos de defensa, son más complejas y globales porque incluyen modalidades defensivas y ofensivas. Son la forma con que el paciente se maneja en el tratamiento, estrategias para atacar e impedir el desarrollo de la cura que, si lo logran, llevan a la *impasse*.

Epílogo

Dije en la introducción que es muy difícil escribir un libro de técnica psicoanalítica, pero puse en la empresa todo mi empeño para no hacer difícil la tarea del lector. Pretendí también ser ameno; pero, por desgracia, el tono coloquial que tenían los primeros borradores trasegados de los seminarios que dicté a lo largo de los años se fue perdiendo imperceptiblemente, mientras iba aumentando pesadamente la precisión del dato bibliográfico y la cita concreta del autor que se estaba discutiendo. Esto hubo de ser todavía más estricto cuando mi opinión divergía: siempre recuerdo lo que decía uno de mis grandes profesores del Colegio Nacional, José Gabriel: se puede elogiar algo que no se ha leído; pero, cuando se quiere criticar, hay que leer atentamente. Lo que más me molesta de mis pocas lecturas y muchas relecturas de los textos psicoanalíticos es cuando veo que se le hace decir a un autor lo que nunca dijo para después refutarlo. Con Freud, en cambio, se busca dónde dijo algo que parece confirmarnos. También me molesta, pero no tanto, la oscuridad, ya que la considero una desatención para con el lector, si bien no dejo de considerar que a veces la claridad no se alcanza y de todos modos el creador puede verse llevado a escribir lo que le sale y cómo le sale. Dado que no estoy entre los creadores, me fue fácil eludir siempre, o casi siempre, esa inclinación, hasta el punto de que cuando algo no lo entiendo o no alcanzo a darle forma correcta al redactarlo prefiero no incluirlo. Me gusta más Lope de Vega que Góngora. No quiero decir con esto, como es obvio, que todos deban ser claros, digo simplemente cuál es mi estilo y a qué superyó se amolda.

No me gustan ni la polémica ni el eclecticismo, aquella, porque la pasión le hace por lo general perder el rumbo; este, porque al suponer que puede escoger siempre lo bueno incurre en un silencioso pecado de omnisciencia. Trato de mantener una actitud de respeto por los demás, y creo que a veces lo consigo; “pero yo canto opinando,/ que es mi modo de cantar” —como Martín Fierro—. Al exponer las teorías procuro hacerlo fehacientemente, es decir de buena fe; y cuando las discuto lo hago siempre desde sus propias pautas antes que comparándolas con otras, lo que sólo es legítimo en una segunda reflexión.

Me llamó la atención al enseñar, y también al escribir, que si se estudia la técnica con seriedad y hondura, más tarde o más temprano se llega inevitablemente a la teoría, y de ahí el título de esta obra, donde interesa más que la norma sus fundamentos, su racionalidad. La complejidad de la situación analítica es tal que pocas veces pueden darse reglas fijas. En

R. Horacio Etchegoyen

Los fundamentos de la técnica psicoanalítica

Me llamó la atención al enseñar, y también al escribir, que si se estudia la técnica con seriedad y hondura, más tarde o más temprano se llega inevitablemente a la teoría, y de ahí el título de esta obra, donde interesan, más que la norma, sus fundamentos, su racionalidad. La complejidad de la situación analítica es tal que pocas veces pueden darse reglas fijas. En la praxis analítica, la única receta válida frente a una situación dada es compulsar y contrastar todos los elementos de juicio disponibles y elegir luego el camino que nos parezca más conveniente, sabiendo que cada momento es irrepetible e incomparable. No puede haber, por cierto, una praxis que no se sustente en la teoría, y ningún psicoanalista duda de que entre teoría y práctica hay un camino de ida y vuelta, de que una realimenta, enriquece y depura a la otra; pero yo tengo, además, la viva impresión, aunque tal vez me equivoque, de que si partimos de la práctica podemos abordar mejor los problemas teóricos que cuando estudiamos y comparamos las teorías entre sí. De allí que el libro llegue a la teoría siempre por esa ruta y sin proponérselo.

R. Horacio Etchegoyen

Amorrortu/editores

ISBN 978-950-518-147-6



9 789505 181476

Cubierta: Diseño A