

LAS PRIMERAS SESIONES DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Jorge Sánchez Escárcega

Norma Brown parra

Este trabajo se ocupa de un controvertido aspecto de la técnica psicoanalítica: el referido al momento en que el analista debe comenzar a comunicar al analizado el significado inconsciente de sus contenidos latentes reprimidos, significado que justamente por la labor psicoanalítica se ha vuelto consciente para el terapeuta pero todavía no por el paciente. En otras palabras: en qué momento del tratamiento psicoanalítico debe el analista empezar a verbalizar sus interpretaciones al analizando.

Este problema, que aparentemente está muy bien delimitado, en realidad es mucho más amplio y se relaciona con el tema de las primeras sesiones del análisis y de hecho con lo que se ha llamado “primera fase del tratamiento”. Empezaremos por ahí, por definir qué se entiende por primera fase del tratamiento.

Langs (1974) dice (en relación a lo que él denomina “fase de apretura”) que es el periodo de tratamiento que, sin importar su duración (desde una semana hasta varios meses por lo general), tiene por objetivo definir los problemas emocionales y necesidad de tratamiento del paciente, así como el establecimiento de una alianza terapéutica firme y positiva. Esta fase continúa mientras existan dudas importantes acerca de los motivos del paciente para buscar tratamiento, su disposición para explorar sus problemas y sobre el establecimiento de una alianza duradera. No propone una distinción clara entre esta fase y la fase intermedia (en donde el foco de atención

principal está en el análisis de los problemas emocionales del paciente) ya que las dos se sobreponen. Pero mientras existan dudas acerca de un tratamiento a largo plazo o la relación paciente-terapeuta no esté firmemente establecida, es mejor considerar que el paciente está en fase inicial del tratamiento.

Esta postura sobre la fase de apertura del tratamiento, que de alguna manera refleja el enfoque “clásico” o tradicional, en resumen se reduce al entendimiento del paciente y su liga al análisis. Para los fines de lo que nos proponemos discutir más adelante es importante señalar que no hace referencia a la existencia de una transferencia desde el principio, sino a la necesidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente. Dejamos aquí planteada la cuestión de si existe transferencia desde el inicio del tratamiento, y si no, cuándo se establece.

Otro aspecto importante es señalar en la conceptualización de Langs es el hecho de que él considera que no es posible diferenciar claramente entre la terminación de la fase de apertura y el inicio de la fase intermedia del tratamiento sino que éstas se sobreponen. Este enfoque parece bastante extendido entre la gran mayoría de los autores. Nosotros, por nuestra parte, compartimos la idea de que entre ambas fases existe un *continuum*. Sin embargo, nos parece importante detenernos en este punto y analizar si existen o no indicadores que puedan señalar el paso de una fase a la otra. Básicamente estas diferencias, si es que las hay, no serían de un orden cuantitativo (duración del tratamiento o número de sesiones, por ejemplo) sino más bien de carácter cualitativo.

¿Cuáles podrían ser estas diferencias? Es nuestra opinión que el paciente cuando llega a tratamiento *siempre lo hace ante una pérdida o amenaza de pérdida*. Esta pérdida puede ser externa o interna, real o fantaseada, física o psíquica, etc., como por ejemplo la muerte de un ser o seres queridos, una separación amorosa, la pérdida o cambio de trabajo, la pérdida de status socioeconómico, de autoestima, de control de impulsos, de capacidad sexual (como en la menopausia), de

integridad psíquica (como en el paciente esquizofrénico que se siente “loco”) o la pérdida de la vida (como paciente terminal). Frente a eso el paciente siente un dolor psíquico que ya no puede manejar. Habrá intentado invariablemente enfrentar su problema con sus propios medios. Habrá recurrido a sus amistades, a un consejero espiritual, al alcohol o las drogas, al trabajo compulsivo, a los libros, a todo tipo de actividades maniacas, y también a auto tranquilizarse; nada de lo cual le ha funcionado. El dolor psíquico se acentúa con lo cual sus defensas empiezan a fallar, su yo comienza a desmoronarse y se ve invadido entonces de tristeza, miedo, vergüenza, etc., pero sobre todo, de angustia.

Como la persona no puede manejar la angustia en un nivel maduro –es decir, no hay posibilidad de una elaboración depresiva reparatoria- comienza a sentir la amenaza de ya no poder mantener firmemente establecidos dentro de sí a los objetos buenos, que son el núcleo de su yo. Es en este momento cuando se busca ayuda terapéutica y se ubica en el analista al objeto bueno idealizado. Pero no sólo a éste, sino que al haber una regresión, se origina una situación de escisión y proyección paranoide y se expulsa también al objeto malo interno (ligado a la ansiedad persecutoria), para deshacerse de él.

Al proyectar el objeto bueno dentro del analista, éste se convierte en el pecho idealizado del cual el paciente espera recibir todo el bienestar que le falta. Por el otro lado la proyección del objeto malo en el terapeuta ocasiona que el paciente se sienta amenazado por la reintroyección. En este momento las interpretaciones del analista son vividas por el paciente, primero, como el “alimento mágico” que necesita, pero, como esto no siempre sucede debido a la gran ansiedad que experimenta, en un segundo momento son vividas como ataques a su precaria integridad (en realidad la reintroyección del objeto malo proyectado) por lo que se ve llevado a rechazarlas por medio de nuevas proyecciones.

El terapeuta, al analizar *transferencialmente* la resistencia, fuerza de alguna manera, poco a poco, la re introyección de lo proyectado; eventualmente el paciente comienza a poder tolerar dentro de sí las interpretaciones ya que al mismo tiempo que se da el análisis de sus proyecciones el paciente comienza a introyectar al terapeuta como un objeto bueno que fortalece su yo (yo auxiliar).

Cuando se da esta situación, el paciente siente menos amenaza, la angustia disminuye y se ve en la posibilidad de hacer sus primeros *insights* no proyectivos, es decir depresivos. *Es en este momento cuando consideramos que ha terminado la primera fase del tratamiento.*

Ahora bien, si estamos hablando de que en la primera fase del tratamiento el terapeuta formula interpretaciones encaminadas a vencer el proceso de escisión en el paciente y con ello fortalecer el yo y su capacidad de *insight*, de alguna manera estamos adelantando una parte importante de la respuesta a la pregunta que formulamos inicialmente en relación al momento en que debe el analista comenzar a comunicar al paciente el significado oculto de sus contenidos inconscientes.

Sin embargo, este punto de vista no es compartido por todos los autores. En términos generales podemos identificar dos posturas (Abuchaem, 1985):

- 1) La *no intervencionista*, que considera que no se debe interpretar sino hasta que haya sido establecido la neurosis de transferencia.
- 2) La *intervencionista*, que considera que el terapeuta debe intervenir con sus interpretaciones lo más precozmente posible.

La postura *no intervencionista*

La postura *no intervencionista* propone que el analista debe abstenerse de hacer interpretaciones en tanto no se haya

establecido firmemente la *neurosis de transferencia*, aun cuando considere que ha entendido el contenido latente de las asociaciones del paciente. El analista debe de esperar con paciencia los signos que indiquen la emergencia de la neurosis transferencial. Esta opción considera que lo importante durante esta etapa es la actitud cordial y amable del analista, quien debe limitarse tan sólo a hacer señalamientos breves, todos ellos encaminados a “acelerar” el establecimiento de la ya mencionada neurosis de transferencia.

La opción *no intervencionista* se deriva claramente de la propia postura de Freud. En su trabajo sobre *La iniciación del tratamiento* (1913) se pregunta:

“¿Cuándo debemos empezar a hacer comunicaciones con el analizado? ¿Cuándo es oportuno revelarle el significado secreto de sus ocurrencias, iniciarlo en las premisas y procedimientos técnicos del análisis?”

La respuesta puede ser sólo esta: No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un *rappaport* 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. Si se le testimonia un serio interés, se pone cuidado al eliminar las resistencias que afloran al comienzo y se evitan ciertos yerros, el paciente por sí solo produce un allegamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor. Es verdad que uno puede malgastar este primer éxito si desde el comienzo se sitúa en un punto de vista que no sea de la empatía- un punto de vista moralizante, por ejemplo- o si se comporta como subrogante o mandatario de una parte interesada, como sería el otro miembro de la pareja conyugal” (p. 140).

En segunda advierte sobre los peligros de interpretar prematuramente: “Esta respuesta supone, desde luego, condenar el procedimiento que querrá comunicar al paciente las traducciones

de sus síntomas tan pronto como uno mismo las coligió, o aun vería el triunfo en arrojarle a la cara esas “soluciones” en la primera entrevista. A un analista ejercitado no le resultará difícil escuchar nítidamente audibles los deseos retenidos de un enfermo ya que sus quejas y en su informe de enfermedad; ¡pero qué grado de autocomplacencia y de irreflexión hace falta a un extraño no familiarizado con ninguna de las premisas analíticas, y con quien apenas se ha mantenido trato, que él siente un apego incestuoso por su madre, abriga deseos de muerte contra su esposa a quien supuestamente ama, alimenta el propósito de traicionar a su jefe, etc.!(p.141).

Freud considera que estas indicaciones, o mejor dicho, contraindicaciones, rigen también incluso en las etapas más avanzadas del tratamiento: “Aun en periodos posteriores del tratamiento habrá que proceder con cautela para no comunicar una solución del síntoma y traducción de un deseo antes que el paciente esté próximo a ello, de suerte que sólo tenga que dar un corto paso para apoderarse él mismo de esa solución. En años anteriores tuve muchísimas oportunidades de experimentar que la comunicación prematura de una solución ponía fin a la cura prematuramente, tanto por las resistencias que así experimentaban de repente como por el alivio que iba de consuno con la solución” (p. 141).

La postura que Freud sostiene en este trabajo (y mantuvo más o menos inalterada hasta el final de su vida) es una consecuencia lógica de la evolución que se había dado en sus concepciones teóricas. Recordemos que en las primeras épocas del psicoanálisis lo que buscaba era llenar lagunas mnémicas del paciente, haciéndole consciente el recuerdo reprimido.

En un segundo momento y debido a que ese primer método no era suficiente para eliminar los síntomas, Freud descubrió que había resistencias que se oponían al recuerdo. La finalidad del

tratamiento se convirtió entonces en vencer o superar esas resistencias.

Sin embargo, siguieron existiendo dificultades para eliminar en forma definitiva los síntomas. Fue hasta el descubrimiento de la transferencia cuando Freud consideró que había encontrado la solución final al problema: Había que vencer resistencias que se oponían al desenmascaramiento de lo reprimido, haciéndolas conscientes, pero a través de la interpretación transferencial. El procedimiento psicoanalítico quedó sintetizado en la siguiente fórmula: *El tratamiento psicoanalítico consiste en hacer consciente lo inconsciente, a través de la interpretación, en la transferencia.*

De esta forma Freud justifica su actitud técnica afirmando que solamente después de la instalación de la neurosis de transferencia es posible la remoción de la enfermedad en forma más o menos definitiva.

“Restan, pues, transferencia e instrucción (en virtud de la comunicación) como las nuevas fuentes de fuerza que el enfermo debe al analista. Empero, de la instrucción se vale sólo en la medida en que es movido a ello por la transferencia, y por eso la primera comunicación debe aguardar hasta que se haya establecido una fuerte transferencia; agreguemos las posteriores deben hacerlo hasta que se elimine, en cada caso, la perturbación producida por la aparición, siguiendo una serie, de las resistencias transferenciales” (1913, p.144).

Entre los métodos que se consideran más valiosos para facilitar la regresión del paciente y con ello establecer más rápidamente la neurosis transferencial, ha sido privilegiado por la mayor parte de los psicoanalistas el uso del silencio¹. El caso extremo está representado por las ideas de Reik, quien defendió insistentemente el valor terapéutico del silencio absoluto del analista, no sólo en las

¹¹ El uso del diván y la actitud abstinentemente del analista serían también parte de los métodos que el analista utiliza para lograr la regresión y la neurosis de transferencia.

etapas iniciales sino durante el transcurso de todo el tratamiento psicoanalítico.

Reik afirmó (1926) que el silencio es un agente altamente provocador de la aparición de determinados contenidos reprimidos del analizado, es decir, que actúa incrementando las manifestaciones de neurosis de transferencia.

“El hablar se halla ocupando en todo caso el punto céntrico del análisis (...) Recordamos aún cómo la primera paciente llamó **Talking-cure** al psicoanálisis. Con todo lo que contiene de expresiva esta denominación, no sería justo atribuir todos los resultados del análisis a la palabra. Sería más correcto, en mi opinión, decir que lo que demuestra el psicoanálisis es el poder de la palabra y del poder del silencio. Tanto se ha dicho sobre el hablar en el análisis que se ha pasado por alto casi completamente el efecto del silencio sobre la psique. Y si en alguna ocasión se ha deslizado por ahí alguna observación sobre el silencio, ésta se refería más bien a las pausas que suele hacer el enfermo durante la sesión”.

Estudia también el efecto que el silencio del analista produce el analizado:

“Se nos ofrece, en verdad, una ocasión de enmendar lo dicho, ya que será mejor hablar de los *efectos* del silencio. Estos varían, en realidad, no solamente con cada uno de los individuos que se someten al análisis, sino que cambian en el transcurso de un mismo análisis. En la vida psíquica de un mismo paciente adquiere el silencio del analista, en una ocasión, un distinto carácter, una significación diferente”.

Acerca de los efectos del silencio en el comienzo de un tratamiento psicoanalítico, Reik opina:

“Es digno de notar, ante todo, que el paciente atribuye, en general, a este silencio, una determinada significación afectiva: no tendrá la comprensión necesaria para admitir que se trata

simplemente de la conducta natural y obligada del analista, quien debe de callar para escuchar con atención. En la inmensa mayoría de los casos, tiene el silencio del analista, especialmente al comienzo, un caso benéfico y tranquilizador. Preconscientemente el paciente lo interpreta sin duda como signo de una reposada atención, pero esto mismo le parece una demostración de simpatía. Cuando decimos 'demostrar atención a alguien', queremos evidenciar con ello nuestra complacencia, nuestra estima. Es evidente que este silencio, de por sí, infunde confianza al paciente y parece animarlo a expresarse con toda libertad (...) *El silencio del analista brinda así la mejor oportunidad para el establecimiento de la transferencia* (nuestras cursivas)".

En la primera fase del análisis, según Reik, el paciente interpreta inconscientemente el silencio como una demostración de simpatía a la que corresponde decidiéndose a hablar. Este silencio del analista, por lo tanto, tiene un carácter activo, porque ayuda al paciente a establecer la neurosis de transferencia.

Conforme avanza el tratamiento se va haciendo más evidente el poder curativo del silencio. Ahora lo ayuda a profundizar en el contenido de sus asociaciones más de lo que se había propuesto en un principio. En este momento el silencio se vuelve persecutorio para el paciente, tiene un efecto intranquilizador, a diferencia de la primera etapa en que era aceptado como cosa natural.

“si el silencio del analista continúa, adquiere ahora el significado de un rechazo, de una falta de comprensión del analista frente a tantas confesiones que le brinda el paciente (...) El callar del médico adquiere inconscientemente el carácter de castigo. En determinadas situaciones, si esta impresión se intensifica, puede llegar a tener el mismo efecto que podría producir un apremiante interrogatorio, una obscura amenaza o siniestra acusación. Parece como si por intermedio del silencio, se hubiera apelado al mundo sentimiento de culpa del paciente, y en una forma tal que su efecto es mayor y más inmediato que el de cualquier lenguaje humano.

Comprendemos qué es lo que conduce a engendrar tales sentimientos. La irritación del enfermo se ha intensificado con el recuerdo de las frustraciones anteriores; sus sentimientos de rebelión e indignación por falta de sensibilidad del analista se han acrecentado hasta convertirse en un impulso de poderosa hostilidad. El desarrollo inconsciente de estas tendencias agresivas y de resentimiento, entre tanto, ha desembocado en deseos de muerte contra el mundo interlocutor” (Reik 1926).

Para Reik, el uso continuo del silencio eventualmente llegará incluso a tocar las fantasías de muerte del paciente, ya que para él el silencio puede ser homologado con la pulsión de muerte y la castración, así como el hablar de pulsión de vida.

Si bien la postura de Reik tiene importancia para la técnica- puesto que el silencio indudablemente tiene un gran valor terapéutico-, nos parece que su planteamiento es criticable desde varios ángulos:

- a) Desde el punto de vista práctico, la pregunta es ¿cuántos pacientes están en la posibilidad de tolerar o resistir un silencio absoluto por parte del terapeuta? ¿Qué tanto aquellos que si lo resisten están satisfaciendo en realidad necesidades de tipo masoquista? Y desde el punto de vista del analista ¿qué tanto satisface con esta actitud una tendencia sádica? ¿O una actitud omnipotente? El terapeuta que guarda silencio indefinidamente puede estarlo haciendo porque inconscientemente anhela frustrar al paciente para que aparezca en él la necesidad, el deseo del terapeuta –el terapeuta como objeto deseado- y con ello convertirse en el objeto poseedor de todos los contenidos anhelados y nutrientes.
- b) Desde el punto de vista técnico, si se habla de que una de las primeras tareas del análisis es “al llegar al paciente al tratamiento”, ¿es posible ligar al paciente mediante el silencio absoluto? Si el silencio es un derivado directo de la pulsión de

muerte, como sostiene el mismo Riek, no queda claro cómo se logra la liga a partir de una pulsión que busca la desintegración.

c) Desde el punto de vista teórico, el silencio, en su calidad de “frustrador por excelencia”, y particularmente el silencio absoluto, fomenta la proyección masiva de objetos malos y persecutorios sobre la figura del terapeuta. Esto intensifica la escisión y los mecanismos de identificación proyectiva, dando a lugar a un debilitamiento del yo por la pérdida de objetos internos y partes del *self*. El riesgo es el *acting-out* como una necesidad de proteger al *self* de la sensación de pérdida y vacío, así como de la amenaza retaliativa de los objetos malos proyectados.

Nuestra

Nuestra propia postura es que el silencio tiene un gran valor terapéutico, pero el límite de su uso se encuentra determinado por la posibilidad de obtener *el mayor grado de elaboración con el mayor grado de regresión*. Esto quiere decir que el silencio es inoperante en el momento en que el paciente ya no puede elaborar los productos de su regresión.

La postura *intervencionista*

Ahora nos ocuparemos de revisar la técnica de los analistas que se adhieren a la postura *intervencionista*. De acuerdo con esta opción el analista debe de intervenir con interpretaciones desde el momento que entienda el significado del contenido latente de las comunicaciones del analizado. La mayoría de las veces esto ocurre desde la primera sesión de tratamiento. Esto significa que la formulación de interpretaciones no debe depender de la etapa de tratamiento.

Fueron los aportes de la escuela Kleiniana los que principalmente dieron origen a esta postura. En específico Melanie Klein, en su libro *El psicoanálisis de niños* (1932), escribe:

“Expondré ahora algunos de los aspectos más importantes de mi técnica a la luz de las observaciones realizadas en los análisis

mencionados. Tan pronto como el paciente ha ofrecido un panorama interno de sus complejos –ya sea por medio de juegos, de dibujos y fantasías o simplemente por su conducta general-, considero que puede y debe comenzarse con las interpretaciones. Esto no contradice la regla aceptada de que el analista debe esperar a que se establezca una transferencia antes de empezar a interpretarla, porque en los niños la transferencia es inmediata y el analista tendrá a menudo elementos para ver su naturaleza positiva. Pero cuando el niño manifiesta timidez, ansiedad o sólo una cierta desconfianza, esto ha de ser interpretado como transferencia negativa, y hace aún más imperioso que la interpretación comience en cuanto sea posible. Porque la interpretación reduce la transferencia negativa del paciente haciendo retroceder los efectos negativos involucrados hacia los objetos o situaciones originarias” (p.40).

La postura de Melanie Klein expresada en este fragmento no deja lugar a dudas: El analista debe intervenir desde el principio porque ya está dada una transferencia.

En el Congreso Panamericano de Psicoanálisis de 1969, uno de los temas oficiales fue “La primera hora analítica”, cuya finalidad era comparar las diferencias en la técnica utilizada por diversos analistas. El enfoque *intervencionista* en esta ocasión quedó representado por el trabajo del Dr. Etchegoyen (1971). Para ilustrar su técnica expuso el caso de una paciente de 22 años de edad a quien había realizado antes una única entrevista con propósitos diagnósticos, concluyendo que se trataba de una “psicopatía moderada de forma histérica”. La paciente se quejaba de su “inestable relación con las personas, estados de tristeza y ansiedad con la incapacidad de estar sola, vida amorosa insatisfactoria, y esto con cierta vacilación frigidez genital”. A continuación transcribimos la *primera* sesión de análisis:

“Llega cinco minutos antes de la hora y la atiendo puntualmente. Con actitud muy distinta a la de falsa seguridad de la entrevista

inicial, pregunta si tiene que acostarse; respondo que sí. Titubea se sienta en el diván, diciendo que nunca pudo acostarse en los tratamientos anteriores. Con una mirada a la vez temerosa y seductora reitera su pregunta y yo mi respuesta con un breve gesto significativo, luego de lo cual se acuesta sin dificultades.

Su primer comentario es que el día anterior estuvo con un analizando mío, Federico. Conoce a su mujer, Mabel. Le han dicho algunos amigos que soy cordobés (sic) y que tengo tonada. Relata que tuvo dos pequeñas colisiones este fin de semana con el automóvil, y otra la semana anterior. Siempre acostada en el diván; me muestra una contusión en la mano derecha, levantándola y dirigiéndola hacia mí.

Analista: Es evidente que usted tiene mucha curiosidad por saber quién soy y cómo la voy a tratar. Está muy nerviosa y preocupada por el comienzo de su análisis, aunque no tenga todavía clara conciencia de ello. Es posible que esta preocupación la lleve a descuidarse en el manejo de su automóvil y tener los accidentes que menciona”.

No cabe duda que la posición de Etchegoyen es intervencionista, pues con sólo una entrevista previa diagnóstica da comienzo a su trabajo interpretativo, justificando esto, dentro del marco teórico Kleiniano, de la siguiente manera:

“Me llamó la atención que la paciente hubiera logrado averiguar algo de mí en forma inmediata. Pensé que era una clara expresión de su deseo curioso y voraz de meterse dentro de mí por medio de la identificación proyectiva y de perturbar el análisis vía *acting-out*. De esta manera intentar trastornar mi capacidad de pensar; *ella* se entera de mí, no yo de ella. En este contexto, el error de la enferma sobre mi acento ‘cordobés’ se explica por su curiosidad irrefrenable. No creí oportuno, sin embargo, interpretarlo en ese momento, ni aclarar tampoco la realidad de los hechos. La aclaración hubiera sido, a mi entender, un intento de apelar a la realidad exterior sin tener en cuenta la honda perturbación de la

paciente. Siempre es preferible que el juicio de realidad cambie por el *insight*, y no por información directa.

Presté mucha atención, en cambio, a lo que dijo de los accidentes. Ya en la entrevista me preocupó su traumatofilia, que mencionó cuando estaba hablando de las circunstancias y los preparativos para verme.

La secuencia entre su curiosidad (el impulso epistemofílico, el deseo de meterse dentro de mí) y los accidentes me pareció clara y consideré que podía intervenir y aún debía hacerlo para dar a la analizada alguna información sobre su tendencia a golpearse y fracasar. En mi primera interpretación traté, pues, de conectar su curiosidad ávida e intrusiva con los temores del comienzo del análisis y la tendencia a accidentarse”.

Nos interesa destacar de esta viñeta cómo la interpretación prevalece sobre cualquier otro tipo de intervención y cómo ésta es de neto corte transferencial.

Veamos ahora la segunda intervención del analista:

“Sin tomar aparentemente en cuenta mis palabras, se pone a hablar del muchacho con el que sale ahora Roberto.

Paciente: Desde que me peleé con Jorge, el que era mi novio, salí con varios muchachos, dos o tres. No me interesan pero los sigo teniendo en reserva, por si acaso. Ahora salgo con Roberto, que me atrae bastante. Es muy bueno y distinto a los demás. No sé si podré seguir bien con él, porque yo estoy como el culo y por ahí lo echo todo a perder. Por ahora, estoy contenta y tengo muchas esperanzas, pero, no sé que va a pasar en el futuro.

Analista: Estos comentarios se refieren no sólo a Roberto sino también el análisis y a mí mismo como analista, y vienen a confirmar, en realidad mis palabras anteriores; está muy preocupada por el análisis y por el destino de su relación conmigo.

Teme destruir el análisis como puede sucederle con cualquier tipo de relación”.

Etchegoyen explica el porqué de su interpretación:

“A la primera interpretación, el paciente responde sin tomar al parecer en cuenta mis palabras, pero se refiere de hecho a la pregunta implícita en ellas: ‘Usted tiene mucha curiosidad por saber quien soy (para usted) y cómo la voy a tratar’. Dice que teme que yo sea Jorge para ella (y pelearse conmigo) o alguno de sus admiradores que seduce y desprecia; pero también le despierto esperanzas: soy Roberto, distinto a los demás. Me advierte, asimismo, que no sabe si podrá seguir bien conmigo porque ella confunde la cabeza con el trasero (‘Estoy como el culo’) y puede echar todo a perder”.

En total, el Dr. Etchegoyen interviene 5 veces durante la primera sesión, siempre con interpretaciones transferenciales explícitas.

El problema de la transferencia en las primeras sesiones de análisis

Parece bastante claro que la esencia de las diferencias entre los analistas que se adhieren a la postura *no intervencionista* radica fundamentalmente en *si consideran o no que existe transferencia o neurosis de transferencia desde el inicio del tratamiento*.

Estas dos posturas opuestas y plenamente contradictorias nos invitan a una reflexión sobre el tema. En nuestra opinión, esta reflexión debe comenzar forzosamente en el estudio de la postura del propio Freud. Revisemos entonces sus principales aportaciones al tema de la transferencia y veamos si nos aclaran el hecho de su existencia o inexistencia desde los momentos más tempranos del análisis.

El concepto de 1895

La primera vez que Freud menciona el término de transferencia (en el sentido que ahora lo tomamos) es en el artículo *Estudios sobre la histeria*, en el apartado “Psicoterapia de la histeria”, donde se ocupa

de las resistencias que oponen al progreso de la cura. Para él existían en aquel entonces tres posibilidades de que el método fallara: 1) Por una falta de material para ser investigado; 2) debido a material todavía impenetrable o 3) por una perturbación en la relación directa del paciente con el analista. En este último caso, la perturbación de la liga puede deberse a 3 motivos: a) “Cuando la enferma se cree relegada, menospreciada, afrentada, o ha escuchado cosas desfavorables sobre el médico y el método del tratamiento”; b) “Cuando la enferma es presa del miedo de acostumbrarse demasiado a la persona del médico, perder su autonomía frente a él y hasta caer en una dependencia sexual de él”; c) “Cuando la enferma se espanta por *transferir* (nuestra cursiva) a la persona del médico las representaciones penosas que afloran del contenido del análisis. La transferencia sobre el médico acontece por *enlace falso*” (p. 306).

Este concepto no tiene mayor interés que el histórico y en que hace hincapié en la transferencia como resistencia.

El concepto de 1900

En el famoso capítulo VII de *La interpretación de los sueños*, en el apartado “c” que trata del cumplimiento de deseos, Freud afirma:

“La representación inconsciente tal es del todo incapaz de ingresar en el preconscious, y (...) sólo puede exteriorizar ahí un efecto si encuentra en conexión con una representación inofensiva que ya pertenezca al preconscious, transfiriéndole su intensidad y dejándose encubrir por ella. Este es el hecho de la *transferencia*, que explica tantos sucesos llamativos de la vida anímica de los neuróticos. La transferencia puede dejar intacta esa representación oriunda del preconscious, la cual alcanza así una intensidad inmerecidamente grande, o imponerle una modificación por obra del contenido de la representación que se le transfiere” (pp. 554-555).

Es importante este párrafo porque él está comprendida en una idea esencial para entender los mecanismos de la transferencia y que el discurso manifiesto del paciente en regresión *siempre* estará

expresando contenidos latentes, ya que una representación inconsciente no puede llegar nunca como tal a la conciencia. En otras palabras, un paciente que se encuentra en asociación libre podrá estar hablando del tema que sea, pero siempre tendremos que considerar su discurso como una pantalla en la que se verán reflejados, en forma distorsionada, las representaciones de los deseos que en esos momentos están en su mente inconsciente. El discurso es un *vehículo* para la representación de las fantasías inconscientes, tanto como el contenido manifiesto de un sueño lo es para los deseos reprimidos.

El concepto de 1901

En el epílogo de *Fragmentos de análisis de un caso de histeria* (escrito en 1901 y publicado en 1905), Freud relaciona la transferencia directamente con la persona del analista:

“¿Qué son las transferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como un vínculo actual con la persona del médico. Hay transferencias de estas que no se diferencian de sus modelos en cuanto al contenido, salvo en la aludida sustitución. Son entonces, para continuar con el símil, simples reimpressiones, reediciones sin cambios. Otras proceden con más arte; han experimentado una moderación en su contenido, una *sublimación*, como yo lo digo, y hasta son capaces de devenir conscientes apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del médico o de las circunstancias que lo rodean, hábilmente usada” (p, 101).

Esta concepción hace énfasis en que las fantasías y los impulsos del pasado del paciente son reactivados y vivenciados como actuales en función de la figura del analista.

En este mismo trabajo Freud también plantea que:

“La cura psicoanalítica no crea la transferencia; meramente la revela, como a tantas otras cosas ocultas en la vida del alma” (p. 102).

En términos de nuestro trabajo resulta importantísimo este párrafo puesto que Freud deja perfectamente claro que *la transferencia existe siempre* y que el analista sólo se limita a descubrirla y a traducirla al paciente.

También agrega:

“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” (p.103).

La idea de transferencia como un obstáculo o resistencia (elemento común a las concepciones de 1895, 1900 y 1901) y su interpretación como tal, implica que la transferencia no es tenida en cuenta como un elemento que favorezca *directamente* la cura, ya que la única interpretación válida para Freud, en este momento, es la de los contenidos inconscientes, llenar las lagunas mnémicas. La transferencia es un obstáculo que debe de ser superado porque el analista debe penetrar en las regiones inconscientes y develarlas, promoviendo así la cura del paciente. Por medio del análisis de la transferencia se vencen las resistencias que se oponen al surgimiento de los contenidos inconscientes; así es como se vuelve “el auxiliar más poderoso” del terapeuta.

Parece lógico concluir que si la transferencia siempre está presente, aun antes del análisis (“la cura psicoanalítica no crea la transferencia”), y que si la transferencia es siempre una resistencia que se opone al tratamiento, entonces la resistencia siempre estaría presente desde el inicio. Esto apoyaría la opción *intervencionista* y la posibilidad de interpretar resistencia mediante el análisis de la transferencia desde el principio. Sin embargo, los *no intervencionistas* considerarían que la transferencia se interpreta “*hasta que haya devenido la resistencia*” (Freud, 1913), de lo que se deduce que esto no necesariamente ocurre desde el comienzo. Se nos plantea

entonces un problema: ¿La transferencia se debe de interpretar “*hasta que haya devenido la resistencia*”? (probablemente en algún punto más bien avanzado del tratamiento; quizás cuando se hacen verbalizaciones directas sobre el analista o cuando se hace obvia una transferencia negativa), ¿o la transferencia se puede interpretar desde el principio porque *desde siempre es resistencial*?

Podemos salvar esta dificultad diciendo que es más aparente que real y planteando que en definitiva lo que sucede es que la transferencia *siempre* tiene un aspecto resistencial, pero éste, en un momento dado, se va a intensificar de tal manera que asume *formas obvias y explícitas* (como por ejemplo una clara transferencia negativa o erotizada) que se convierten en obstáculo *manifiesto* para que el análisis (lo cual no significa que antes ese aspecto resistencial no estuviera operando como un obstáculo entrecubierto, latente). En nuestra opinión, es posible que el no considerar este aspecto resistencial en toda transferencia –que aparece por supuesto desde el inicio de cualquier tratamiento psicoanalítico- sea la causa de que los *no intervencionistas* aguarden hasta que la resistencia en y de la transferencia se manifieste de manera tan directa como, por ejemplo, en el contenido manifiesto de los sueños o a través de la verbalización de sentimientos directamente relacionados con la persona del analista, etc.

El concepto 1912

En este año Freud formula en *Sobre la dinámica de la transferencia* una nueva concepción de transferencia:

“Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse.

Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite –es reimpreso- de manera regular en la trayectoria de la

vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes” (p. 98).

Lo novedoso de este concepto es el hecho de que Freud indica que la transferencia de los pacientes sometidos a análisis *no* es más intensa que aquellos que están fuera de él, que no se analizan². Esto queda aún más claro en la siguiente cita del mismo artículo:

“Si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones expectativa libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible conciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento.

Es entonces del todo normal e intelegible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico. De acuerdo con nuestra premisa, esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo insertará al médico en una de las ‘series psíquicas’ que el paciente ha formado hasta entonces” (p.98).

Lo anterior nuevamente nos conduce a pensar que si la transferencia es tan intensa dentro y fuera del análisis ¿porqué esperar que se “establezca” para empezar a interpretar? Esto parece un contrasentido.

Por lo demás, este artículo Freud sigue defendiendo la idea de que la transferencia siempre es una manifestación de la resistencia. Veamos:

“Así, en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma mas poderosa de

² “ No comprendemos que la transferencia resulte tanto más intensa en personas neuróticas bajo análisis que en otras, no analizadas.” (p.98) o “No es correcto que durante el psicoanálisis la transferencia se presente más intensa y desenfrenada que fuera del él”. (p.99).

la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y expresión de esta. El mecanismo de la transferencia se averigua, sin duda, reduciéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posición de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia” (p. 102).

Volvemos a plantear: Si la transferencia es siempre expresión de la resistencia, y su intensidad depende de ésta ¿no sería lógico adoptar una actitud intervencionista desde su inicio?

El concepto de 1914

Freud reafirma en *Recordar, repetir y reelaborar* que la meta del análisis sigue siendo poner al descubierto las resistencias desconocidas para el enfermo, con lo cual el paciente narra con toda facilidad las situaciones y los nexos olvidados. Por lo tanto, “en términos *descriptivos*: llenar lagunas del recuerdo; en términos *dinámicos*: vencer las resistencias de represión” (pp. 149-150).

Una de las formas que asume la resistencia es *repetir lo reprimido en vez de recordarlo*. En palabras de Freud:

“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” (p.152).

A continuación Freud relaciona el concepto de *compulsión de repetir* con la transferencia y la resistencia:

“Por supuesto que lo que más nos interesa es la relación de esta compulsión a repetir con la transferencia y la resistencia. Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo con una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. Por eso tenemos que estar preparados para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora el impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el

médico, sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida (...). Tampoco es difícil discernir la participación de la resistencia. Mientras mayor sea esta, tanto más será sustituido el recordar por el actuar (repetir)” (pp. 152-153).

Pero, ¿qué es lo que se repite?

“repite todo cuanto las fuentes de su repimido ya se ha abierto paso hasta ser su manifiesto: sus inhibiciones y sus actitudes invariables, sus rasgos patológicos de carácter. Y además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas” (p. 153).

Vuelve a reafirmar la impotencia de la transferencia como factor resistencial a la cura:

“Si la cura empieza bajo el patronazgo de una transferencia suave, positiva y no expresa, esto permite, como el caso de la hipnosis, una profundización en el recuerdo, en cuyo transcurso hasta callan los síntomas patológicos; pero si en el ulterior trayecto esa transferencia se vuelve hostil o hipertensa y ppor eso necesita de represión, el recordar deja sitio enseguida del actuar. Y a partir de ese punto las resistencias comandan la secuencia de lo que se repetirá. El enfermo extrae del arsenal del pasado las armas con que se defiende de la continuación de la cura, y que no es preciso arrancarle pieza por pieza” (p. 153).

Este párrafo resulta un tanto confuso y contradictorio: ¿Por qué “hasta callan los síntomas patológicos” en presencia de una transferencia “suave, positiva y no expresa”? Siguiendo a Freud, pareciera que la respuesta es porque no hay resistencias. Es decir, el paciente está recordando y por lo tanto no actúa, no transfiere. Pero si no transfiere ¿de dónde surgió esa transferencia suave, positiva, etc.? Tratando de entender a Fred, podemos suponer que quizás no está hablando de una transferencia como repetición, sino meramente de una actitud cooperadora, por lo que algunos analistas llaman alianza

terapéutica, alianza de trabajo, rapport, etc.³ Esto ya lo había señalado en 1913 (en *Sobre la iniciación del tratamiento*) donde hace referencia a la necesidad de establecer una “transferencia operativa” antes de comenzar el trabajo analítico (interpretar al paciente). Sin embargo, sigue sin quedar claro por qué “se acallan los síntomas” del paciente bajo el influjo de la sugestión del médico, abandona su resistencia, *lo cual permite recordar y eliminar síntomas*. No queda claro en si en este momento (1914) Freud considera esa “transferencia suave, positiva y no expresa” (o “transferencia operativa”) como resultado de una relación previa con alguna figura del pasado o meramente como producto del influjo sugestivo del analista produce sobre el paciente. Lo cierto es que para 1938, en el *Esquema del psicoanálisis* (publicado en 1940), afirma que:

“La transferencia positiva *tierna* altera la situación analítica entera, relega el propósito acorde a la *ratio*, de sanar y librarse del padecimiento. En su lugar, entra en escena el propósito de agradar al analista, ganar su aprobación, su amor. Se convierte en el genuino resorte que pulsiona la colaboración del paciente; el yo endeble deviene fuerte, bajo el influjo de ese propósito obtiene logros que de otro modo le habrían sido imposibles, *suspende sus síntomas, se pone sano en apariencia; sólo por amor al analista* (nuestras cursivas) (p.175).

Sostiene que esto sucede “*porque el paciente ha puesto al analista en el lugar de su padre o de su madre* (nuestras cursivas), atribuyéndole el poder que su superyó ejerce sobre su yo, puesto que los progenitores han sido el origen del superyó” (p. 176).

Nosotros consideramos que en realidad los síntomas desaparecen porque de acuerdo al principio de placer el paciente está en busca de una satisfacción de sus deseos, mismos deseos que, al

³ Sandler (1986) parece apoyar nuestra interpretación cuando afirma: “El hecho de que Freud usara el término ‘Transferencia’ para ambos aspectos de esta relación (es decir, como repetición y como actitud de cooperación e interés) ha sido una fuente de confusión en la bibliografía posterior ya ha contribuido a la persistencia del uso del término ‘transferencia positiva’ para designar aspectos de los que aquí llamamos alianza terapéutica”.

ser inaceptables para su yo, son reprimidos dando origen a su síntoma. En la situación terapéutica el paciente “descarga” sobre el analista parte de estas pulsiones reprimidas que alimentan los síntomas. Es esto lo que “se acallan” al inicio de la terapia. Lo que estamos planteando no sería otra cosa que lo que Freud sostiene que sucede cuando el paciente cambia su neurosis habitual por una neurosis de transferencia. Conviene detenernos a examinar esta idea:

“Con tal que el paciente nos muestra al menos la solicitud de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico (...) El nuevo estado ha asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquiera a nuestra intervención” (p. 156).

El paciente trae su conflicto neurótico al consultorio y el terapeuta se va a convertir en un medio de satisfacción de sus pulsiones reprimidas; va a querer realizar sus deseos en la figura del analista. ¿Por qué el paciente no ve al terapeuta como el objeto original de sus pulsiones? ¿Por qué no tiene consciente su transferencia de persona y deseos? La respuesta es: porque tanto los objetos originales como las pulsiones que iban dirigidas hacia ellos son inaceptables para la conciencia, están reprimidos. Al transferir, el paciente obtiene una satisfacción simbólica, logra dar una salida sustitutiva a sus pulsiones al mismo tiempo que mantiene la represión contra ellos. Vemos que de hecho esto mismo que sucede fuera del tratamiento con cualquier persona: En su infancia hubo que reprimir aquellos deseos que resultaban inaceptables para su yo. Estos se volvieron inconscientes, pero no por ello quedaron eliminados. Antes al contrario, siguieron ejerciendo un efecto de presión que amenazaba con hacerlos surgir nuevamente a la conciencia. Frente a este conflicto, el yo de la persona neurótica encontró como la salida más viable para evitar la angustia la formación de síntomas. Como sabemos, estos son formaciones de compromiso que dan salida

sustitutiva y simbólica tanto al impulso como a la defensa. El paciente establece así un modo de relación con el mundo externo donde se comunica a través de su síntoma: se relaciona históricamente, fóbicamente, obsesivamente, etc. Busca y encuentra objetos en el mundo real que le permiten ejecutar su neurosis, actuar su conflicto, transferirlo. Cuando llega al tratamiento hace ahora esa transferencia sobre el terapeuta. En este sentido, *¿es la transferencia un síntoma?* Basándonos sólo en ideas de Freud postuladas hasta este momento, sí: la transferencia actúa como una formación de compromiso bajo el influjo del principio de placer⁴.

Aún cuando el paciente llega al tratamiento con una transferencia, vemos que ésta, generalmente, no es obvia ni manifiesta desde el principio. ¿Qué es lo que sucede? En nuestra opinión, el analista, mediante la abstinencia, el uso del diván, el silencio, las interpretaciones, etc., provoca frustración en el paciente. Esto promueve la regresión y con ello la intensificación de las pulsiones reprimidas. El yo intenta defenderse incrementando las contracatexias represoras. El conflicto se vuelve intolerable y el yo, en un intento de controlar la angustia incipiente, encuentra como única salida, al igual que en el pasado, desviar las pulsiones hacia el síntoma, intensificándolo *al igual que la transferencia*. Es así también como se vuelve manifiesta y obvia. Es así también como se vuelve la resistencia, o para decirlo correctamente, como se incrementa el aspecto resistencial de la transferencia, ya que se opone enérgicamente al recuerdo.

Pensamos que cuando se incrementa el aspecto resistencial de la transferencia (al grado en que ésta se vuelve obvia y explícita) podemos hablar entonces de una *neurosis de transferencia*. Tal como Freud lo dice, los síntomas de la enfermedad adquieren un nuevo significado transferencial. Esta neurosis transferencial es, por lo tanto,

⁴ Esta idea ya ha sido planteada por Laplanche y Pontalis (1979): "(...) Asimismo, más tarde, cuando describe la neurosis de transferencia como una 'enfermedad artificial' que ha venido a sustituir a la neurosis clínica, ¿no admite una equivalencia, tanto económica como estructural, entre reacciones transferenciales y los síntomas propiamente dichos?" (p.463).

una transferencia de la neurosis sobre el terapeuta, o más correctamente, una transferencia, sobre el terapeuta, de las pulsiones, deseos, fantasías, ansiedades y defensas que hasta entonces habían estado manifestándose esencialmente a través de la formación y mantenimiento de un síntoma neurótico; ahora el síntoma principal va a ser la propia transferencia intensificada y “concentrada” sobre el analista (por lo que se transferirá históricamente, fóbicamente, etc., según sea el caso).

El concepto de 1920

En *Mas allá del principio de placer*, Freud encuentra las raíces genéticas de la transferencia. En el capítulo III dedicado al estudio de la neurosis de transferencia y de la neurosis de destino desde la perspectiva de la compulsión a la repetición y el principio de placer, Freud señala que la repetición en la transferencia se debe a una tendencia en ello y no del yo, el cual, por el contrario, trata de oponerse a esta compulsión repetitiva.

Escribe:

“Para hallar más inteligible esta ‘compulsión de repetición’ que se exterioriza en el curso del tratamiento psicoanalítico de los neuróticos, es preciso ante todo liberarse de un error, a saber, que en la lucha contra las resistencias uno se enfrenta con la resistencia de lo ‘inconsciente’. Lo inconsciente, vale decir ‘lo reprimido’, no ofrece resistencia alguna a los esfuerzos de la cura; y aun no aspira a otra cosa que irrumpir hasta la conciencia –a despecho de la presión que lo oprime- o hasta la descarga – por medio de la acción real-“ (p.19).

Continúa diciendo:

“Eliminamos esta oscuridad poniendo en oposición, no lo consciente y lo inconsciente, sino el yo coherente y lo *reprimido*. Es que sin duda en el interior del yo es mucho lo inconsciente: justamente lo que puede llamarse el ‘núcleo del yo’; abarcamos sólo una pequeña parte de eso con el nombre de *preconsciente*. Tras sustituir así una terminología meramente descriptiva por una sistemática o dinámica,

podemos decir que la resistencia del analizado parte de su yo; hecho esto, enseguida advertimos que hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconsciente⁵.

Es probable que no pueda exteriorizarse antes que el trabajo solicitante de la cura haya aflojado la represión” (pp. 19-20).

Freud en este trabajo también afirma que hay hechos que se oponen al principio de placer:

“El hecho nuevo y asombroso que ahora debemos describir es que la compulsión a la repetición devuelve también vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, ni siquiera mociones pulsionales reprimidas desde entonces. (...) Ahora bien, los neuróticos repiten en la transferencia todas esas ocasiones indeseables y estas situaciones afectivas dolorosas, reanimándolas con una gran habilidad. Se afanan por interrumpir la cura incompleta, saben procurarse de nuevo la impresión del desaire, fuerzan al médico a dirigirles palabras duras y a conducirse fríamente con ellos, hallan objetos apropiados para sus celos, sustituyen al hijo tan ansiado del tiempo primordial por el designio o la promesa de un gran regalo, casi siempre tan poco real como aquel. Nada de eso pudo procurar placer entonces; se creería que hoy produciría un displacer menor si emergiera como un recuerdo o en sueños, en vez de confiarse como vivencia nueva.- Se trata, desde luego, de la acción de pulsiones que estaban destinadas a conducir a la satisfacción; pero ya en aquel momento no la produjeron, sino que conllevaron únicamente displacer. Esa experiencia se hizo en vano. Se la repite a pesar de todo: una compulsión esfuerza a ello” (p. 21).

De este modo, podemos ver que para Freud la transferencia se encuentra “más allá del principio de placer”; cumple con un principio que no le es específico sino que le es más arcaico y más universal y

⁵ Lo que posteriormente sería denominado *ello*.

que rige la dinámica de la materia viva: el principio de la compulsión a la repetición.

Estas ideas se modifican radicalmente los conceptos de transferencia que Freud había venido sosteniendo hasta entonces. La transferencia ya no puede seguir siendo considerada un síntoma justamente porque no obedece al principio de placer, sino que es un hecho que surge automáticamente, sin finalidad alguna, obedeciendo a una ley natural biológica. Surge siempre una situación analítica con o sin intervención del analista o del analizando, envuelve a ambos y no se limita únicamente a la repetición de lo placentero y erótico, ya que las experiencias traumáticas, dolorosas, desagradables, angustiantes y penosas pasadas sufren igual destino que todas las demás, es decir, buscan permanentemente el *eterno retorno de lo mismo*.

Conclusiones

Si bien originalmente ubicamos a Freud como modelo de la postura *no intervencionista*, sorprende encontrar a lo largo de sus conceptos sobre la transferencia éstos justifican plenamente la postura contraria, es decir, la *intervencionista*. Haciendo una generalización, pareciera que quienes sostienen la postura *no intervencionista* se adhieren a las ideas postuladas por Freud hasta antes de 1920 (énfasis puesto en la resistencia y el principio de placer) y los *intervencionistas*, aunque no desecharían ninguna de las anteriores, en particular las de 1914, basan sus ideas principalmente a partir de 1920 (compulsión a repetición, la transferencia como algo automático, del ello y no como producto de la resistencia).

Nuestra postura es intervencionista: se debe de interpretar desde el inicio de un tratamiento psicoanalítico: Creemos que esto puede hacerse incluso en las sesiones diagnósticas. Cuando el paciente llega a su primera entrevista, y aun desde antes, lo hace ya con una fantasía que invariablemente estará matizada por sus contenidos inconscientes reprimidos. Esto ya es una transferencia. No se crea con el tratamiento, el paciente ha vivido repitiendo su historia infantil; ha impuesto todas sus relaciones posteriores el sello de su pasado, les

ha impuesto una transferencia. ¿Qué otra cosa podía hacer? Así, creemos que no sólo se debe interpretar desde el inicio de un tratamiento psicoanalítico, sino que esta interpretación siempre debe tomar en cuenta los aspectos transferenciales⁶.

Nos adherimos a dos ideas: Una que la transferencia siempre tiene un contenido resistencial que en el transcurso de un tratamiento se va a incrementar hasta volverse explícito (la transferencia como resistencia: el paciente repite para no recordar). Al mismo tiempo, basamos nuestra postura en la idea de que la transferencia ocurre automáticamente como una tendencia del ello a expresarse (la transferencia como lo resistido). Es decir, que la transferencia es a la vez resistencia y lo resistido. El paciente nos impone una transferencia, va a *revivir* su pasado *en* nosotros y *con* nosotros, al mismo tiempo que esto le sirve para no hacer consciente su conflicto infantil.

Técnicamente, podemos ver que de las dos posturas consideradas –la *no intervencionista* y la *intervencionista*- se va a derivar dos metas interpretativas distintas: mediante el análisis de la transferencia llevar al paciente a recordar su pasado infantil y con esto el origen de sus padecimientos, o resolver en la relación terapéutica transferencial, *en el aquí y el ahora*, aquello que el paciente ha repetido siempre y que ahora nos impone como una realidad actual.

Consideramos de mayor valor la segunda de estas metas, especialmente en el manejo de patologías preestructurales, porque, como sostuvimos en un trabajo anterior (Sánchez Escárcega y

⁶ Hanna Seagal (1967) ha dicho: “Según mi propia experiencia, no he visto un solo caso en que no haya tenido que interpretar la transferencia desde el comienzo. Cuando un individuo emprende un tratamiento psicoanalítico, es seguro que llegará a la primera sesión lleno de esperanza y temores, y de que forjará fantasías sobre el analista tan pronto tome contacto con éste –tan pronto sepa que se va a encontrar con él o ella-. Con frecuencia, estas esperanzas y temores, así como la resistencia contra ellos, se presenta con más claridad en la primera sesión que en las siguientes. Su interpretación tiene el doble efecto de amenguar la angustia inconsciente y de enfocar desde el principio la atención del paciente sobre el papel fundamental de analista en su inconsciente. Desde luego, estas interpretaciones deben formularse de un modo aceptable y comprensible para el paciente que aún no está familiarizado con la técnica analítica”.

Brown, 1989), en el caso de estos pacientes a lo que nos enfrentamos es principalmente vacíos déficits, detenciones en el desarrollo, etc. y no a conflictos internalizados. Ahí expresamos la idea de que en el tratamiento de estos pacientes se deben evitar en lo posible las reconstrucciones históricas porque ¿qué recuerda de un vacío? No se trata de un hecho, sino de una falta de hecho. El paciente no está en condiciones de aceptar o refutar este tipo de interpretaciones más allá de su adhesión transferencial. En los pacientes preestructurales existe muy poca o nula diferenciación entre el *self* y el objeto, es decir, entre las imágenes de los objetos internos y del *self*, y los objetos externos reales. En estas condiciones, la interpretaciones transferenciales historicistas, clásicas, del tipo de “usted está sintiendo que yo lo quiero someter como su madre lo hacía”, por ejemplo, no tienen validez terapéutica ya que el paciente está viviendo al analista no “*como sí*” fuera aquella madre, sino que realmente el terapeuta “*es*” en ese momento aquella madre. Por otro lado, con este tipo de interpretaciones es frecuente que el paciente sienta que el analista lo “expulsa” de la relación transferencial.

Si establecimos que el paciente *realmente* está viviendo al objeto de un terapeuta, *que no es el adulto que revive sentimientos o experiencias de su pasado, sino que en ese momento él es el niño frente al objeto*, se nos plantea el hecho de que lo que en aquel trabajo sosteníamos para la terapia con pacientes preestructurales ahora debe de ser ampliado a todo tipo de pacientes. El analizando desde siempre ha transferido sus objetos internos y el tratamiento analítico nos los impone. En el aquí y el ahora el niño fue en el allá y el entonces, y desde este niño nos ve, escucha y nos trata.

Más aún, desde el principio el paciente experimenta al analista como un introyecto, sea bueno o sea malo (al igual que todos los objetos del mundo que los rodea) y lo va a tratar con los mismo métodos con que se enfrenta comúnmente a sus objetos internos. Es decir, el analista pasa a formar parte (por introyección) de los objetos del mundo interior del paciente, y como tal, será objeto de

mecanismos de proyección, escisión, etc. que se encuentran en la base de la transferencia. En otras palabras, el analista no sólo será recipiente de proyecciones, sino que él mismo será “proyectado” hacia el exterior, como cualquier otro objeto inconsciente del paciente.

En este sentido, Melanie Klein (1952) ha afirmado:

“Los relatos de los pacientes acerca de su vida de cada día, sus amistades, sus actividades, no sólo dan una comprensión del funcionamiento de su yo, sino que revelan –si exploramos su contenido inconsciente- las defensas contra las angustias despertadas en la situación transferencial. Pues el paciente necesita tratar los conflictos y las angustias reexperimentados hacia el analista con los mismos métodos que usó en el pasado. Es decir, que se aparta del analista en la misma forma que intentó apartarse de los objetos primitivos; trata de clivar su relación con él, conservándolo como figura, sea buena, sea mala; desvía algunos de los sentimientos y actitudes experimentados hacia el analista hacia otra gente de su vida, lo que forma parte de la exoactuación (*acting-out*)”.

Diríamos entonces que en la postura clásica el paciente habla del analista (transferencia explícita) para no hablar de la realidad que vivió. En cambio, la postura de Melanie Klein, el paciente habla de los objetos, personas y situaciones de la realidad externa para no hablar del analista (que está siendo vivido como objeto interno)⁷.

Por último, si tomamos en cuenta la recomendación de Freud de interpretar siempre en el nivel de máxima ansiedad inconsciente, podemos suponer, en base a lo que hemos señalado a lo largo de nuestro trabajo, que en el inicio de un tratamiento psicoanalítico esta ansiedad será movilizadora por las fantasías transferenciales inconscientes. El análisis de ellas, no sólo al principio, sino en el transcurso de todo el proceso terapéutico, será lo que finalmente

⁷ En este último sentido, Racker (1960) ha dicho: “La transferencia no es un instrumento para hacer consciente la infancia es un instrumento para hacer consciente la transferencia”.

permitirá al paciente reparar en el analista, no sólo como figura externa, sino también –y primordialmente- como figura interna.

Bibliografía

Abuchaem, J. (1985) *La interpretación en las etapas iniciales del tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. El lugar.

Etchegoyen, H (1971) La primera sesión de análisis. *Revista de Psicoanálisis*. 28, No.3.

Freud, S (1895) Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas*, 2. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

- (1900) La interpretación de los sueños. O. C., 5.
- (1905) Fragmento de análisis de un caso de histeria. O.C., 7.
- (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. O.C., 12.
- (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. O.C., 12.
- (1914) Recordar, repetir y reelaborar. O.C., 12.
- (1920) Más allá del principio de placer. O.C., 18.
- (1940) Esquema del psicoanálisis. O.C., 23.

Klein, M. (1923) Técnica del análisis del niño. En “El psicoanálisis de niños”. *Obras Completas*, 2. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1987.

- (1952) Los orígenes de la transferencia. En *Obras Completas*, 3. Buenos Aires. Ed. Paidós (1987).

Langs, R. (1974) *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol. II. N. York: Ed. Jason Aronson.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1979) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor.

Racker, H. (1960) La transferencia. En *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Reik, T. (1926) La significación psicológica del silencio. *Revista de Psicoanálisis*, 2 (4), 1945.

Sánchez Escárcega, J y Brown, N, (1989) La interpretación psicoanalítica en la patología preestructural. *Revista Gradiva*, 3 (2).

Sandler, J., Dare, Ch. y Holder, A. (1986) *El paciente y el analista*. Barcelona: Ed. Paidós.

Segal, H. (1967) La técnica de Melanie Klein. En *La obra de Hannan Seagal*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1989.