



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE QUERÉTARO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Maestría en Psicología Clínica

**“EL CONCEPTO TEORICO DE LA TRANSFE-
RENCIA EN LA OBRA DE S. FREUD”**

T E S I S

Que para obtener el Grado de

MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

p r e s e n t a

CARMEN ALICIA LOPEZ GUZMAN

BIBLIOTECA CENTRAL, U.A.Q.

OCTUBRE-1990

No. Reg. 56
Facul. PSICOLOGIA
Clas. _____

No. Reg. H64015

Clas. IS
154.24
L864c

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

"EL CONCEPTO TEORICO DE LA TRANSFERENCIA EN LA OBRA DE S. FREUD"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:

**MAESTRA EN:
PSICOLOGIA CLINICA**

Presenta:

CARMEN ALICIA LOPEZ GUZMAN

Dirigido por:

MA. EUGENIA ESCOBAR ARGÑA

SINODALES

Mtra. en C. María Eugenia Escobar Argaña

PRESIDENTE

Mtro. en C. Carlos Galindo Pérez

SECRETARIO

Mtro. en C. Luis Tamayo Pérez

VOCAL

Mtro. en C. Marco Antonio Macías López

SUPLENTE

Mtro. en C. Andrés Velázquez Ortega

SUPLENTE

FIRMA
FIRMA
FIRMA
FIRMA
FIRMA

Mtro. en C. Marco Antonio Carrillo Pacheco
*Director de la Facultad de
Psicología*

Mtro. en C. J. Alfredo Zepeda Garrido
*Director de
Estudios de Posgrado*

**CENTRO UNIVERSITARIO
Querétaro, Qro., octubre de 1990
MEXICO**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE QUERETARO**

Maestría en Psicología Clínica

**EL CONCEPTO TEORICO DE LA
TRANSFERENCIA A TRAVES DE LA OBRA
DE SIGMUND FREUD**

**Carmen Alicia López Guzmán
Agosto, 1990**

A mi amado esposo:

Que me brindó todo su amor y su comprensión para que fuera posible el fin de este ciclo profesional.

*A mi querida supervisora, Ma.
Eugenia Escobar Argaña:*

Que gracias a su presencia y su apoyo pude realizar este trabajo.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
 PRIMERA PARTE	
La Transferencia en la Etapa Prepsicoanalítica	6
"La primera historia"	7
"El primer contacto"	8
"El segundo contacto"	9
"La influencia de Charcot"	10
"La Salpetriere y Freud"	12
"El fin de la historia"	13
"El día de Pascuas"	13
"La esperanza"	14
"El método catártico de Breuer y la estancia en Nancy"	15
"El abandono de la Hipnosis"	16
"En colaboración"	18
"Entre sueños"	20
 SEGUNDA PARTE	
La Transferencia Dentro de la Etapa Psicoanalítica	24
"El concepto de transferencia en transición"	25
"La Transferencia ligada al concepto de la Resistencia"	28
"La compulsión de repetición y la forma en que opera el tratamiento ligada a la transferencia"	32
"Transferencia y amor de transferencia"	35
"Neurosis de transferencia"	37
"Transferencia positiva y negativa"	38
"El problema de la transferencia en la psicosis"	41

	Pág.
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFIA	52

INTRODUCCION

Consideramos que la Transferencia es un concepto central dentro del psicoanálisis y que junto con el inconsciente, la repetición y la pulsión forman los pilares más consistentes del mismo.

Debido a esta importancia del concepto y a inquietudes personales, seleccionamos este tema, con el fin de profundizar teóricamente para luego pensar la problemática técnica psicoanalítica. Por otra parte, fue muy motivante y enriquecedor el desarrollar este concepto.

A continuación haré un breve recorrido, para explicar de lo que se tratará la tesis como forma de introducción a su lectura.

El concepto teórico de la Transferencia surge de un trabajo largo y minucioso de Freud que abarca varias épocas y se inicia desde la época de la hipnosis de Breuer y de Charcot, hasta sus escritos técnicos (1911 en adelante) donde ya finalmente Freud puede precisar el concepto en teoría técnica.

Así por ejemplo vemos cómo en sus "Estudios sobre la Histeria"⁵, ya se plantean en forma tangencial dos problemas capitales: la Transferencia y la sexualidad, que posteriormente habrán de adquirir una gran importancia en su edificio teórico.

Cuando Freud abandona la hipnosis

puede aclarar el fenómeno de la Transferencia, gracias al análisis de los sueños.

Es en la "Traudemtung"⁷, donde descubre la semejanza que existe entre la dinámica que rige en la formación de un sueño y la que se va poniendo en juego en la formación de síntomas.

En el sueño se cristaliza y se hace verdad el axioma: "Un mismo pensamiento permanece idéntico a sí mismo, independientemente que el sujeto lo reconozca o no conscientemente"⁷; y en función de esto es inevitable concebir al inconsciente como ese otro lugar, ese otro escenario que se rige por sus propias leyes.

En la "Interpretación de los Sueños"⁷ aparece la primera definición de Transferencia y Freud la liga con el desplazamiento de las representaciones en el campo del deseo inconsciente, de tal forma que el analista vendrá a ser un elemento "vacío de sentido", un "resto diurno"⁷ que el paciente insertará "en uno de los clichés que se repiten"¹⁴, y así el analista posibilitará el acceso al inconsciente.

Posteriormente después del caso "Dora" (1905), Transferencia y sueño adquieren su verdadera importancia; y el análisis de la Transferencia que antes se presentaba como un obstáculo para el tratamiento, pasa a ser (junto con el análisis de las resistencias) el elemento

esencial de la cura analítica. Por otro lado, no hay que olvidar que el trabajo de Freud con los pacientes es, al mismo tiempo, el trabajo que realiza consigo mismo, nos referimos al llamado "Autoanálisis" de Freud, que fue en realidad un análisis de su Transferencia en relación con Fliess y justamente lo más importante de este "Análisis con Fliess" está relacionado con el descubrimiento y el saber sobre su inconsciente.

Decíamos que el análisis de Freud se va haciendo paralelamente con el de sus pacientes; asimismo todas las construcciones teóricas de Freud provienen de algún drama personal que está viviendo contemporáneamente, por ejemplo: tenemos como "La Traudemtung" (1900) fue escrita después de la muerte del padre y durante la crisis de su relación con Fliess.

En Freud encontramos dos tipos de saber: uno relacionado con su curiosidad médica, con su observación clínica que adquiere de Charcot y Breuer, y que le da para sustentar sus hipótesis y formular una teoría; y otro tipo de saber "que no se transmite de la misma manera y que es usado menos por el deseo consciente de saber que las vicisitudes del deseo inconsciente"³². Este "saber" se puede desarrollar cuando se lo espera de otro que no lo da, es decir, nace de una situación Transferencial donde dicho "saber"

puede modificar su relación con el inconsciente; y sabemos que Freud precisamente vivió este tipo de relación con Fliess.

Recordemos la manera fulminante con que se dio esta amistad (1887); Freud veía en Fliess una imagen realizada de sí mismo, un ideal a seguir, era "su otro yo"¹ del cual esperaba el conocimiento total

Al mismo tiempo Freud admira y adopta las teorías y el saber delirante de Fliess.

Sabemos que en el transcurso de esta amistad Freud pasó por estados de Transferencia que modificaron completamente su manera de pensar; la presencia de Fliess hizo movilizar el deseo inconsciente, haciendo posible la especial aventura del análisis, y así Freud realizó su análisis con Fliess, estableciendo de esta forma el modelo de análisis que hoy podemos repetir todos los días.

"Con Charcot, Freud había aprendido a identificarse con el paciente.

"Lo que aprendió junto a Breuer fue que éste no sabía nada más que lo que su paciente podía enseñarle. lo que habría que aprender de Fliess era que el paciente aprende todo lo esencial de la Transferencia misma"³².

Para terminar esta introducción,

queremos decir que la metodología que seguimos ha sido tomar como fuente primaria las obras completas de Sigmund Freud (Amorrortu Editores) y además hemos rastreado el concepto a través de toda su obra, apoyándome también en otros autores con orientación psicoanalítica (fuentes secundarias).

La tesis consta de una primera parte donde se trata de seguir el concepto desde sus orígenes, ahondando en el periodo inmediatamente anterior a la invención del psicoanálisis (1822-1895), es decir la etapa pre-psicoanalítica.

En la segunda parte parte marcamos ya la etapa psicoanalítica propiamente dicha, estudiando la Transferencia ligada a otros conceptos teóricos y la forma en que aparece a través de la obra freudiana.

Y, en la tercera y última parte, se da un resumen global de lo expuesto, para terminar comentando cómo Freud fue conducido por sus propios pacientes para poder ir forjando el concepto de la Transferencia.

Trabajar con una tesis bibliográfica y exclusivamente freudiana tiene ventajas y desventajas. Como desventaja tenemos que hoy en día "no sólo es Freud", sabemos que los descubrimientos de Freud han tenido su propia historia, muchas veces

empobreciéndose y deteniéndose, haciéndolos regresar a etapas pre-freudianas y otras veces han sido avances iluminadores, que han enriquecido en forma determinante; en este sentido, el concepto de Transferencia fue retomado y profundizado por diversas escuelas post-freudianas que lo enriquecieron tanto en lo teórico como en lo técnico; por ello, dicha tesis tiene como déficit el dejar fuera todos estos trabajos post-freudianos, y con ello no quiere decir que sean menos importantes o menos válidos, en realidad son tan relevantes que darían para otro tema de tesis, sin embargo, nosotros preferimos ir a los inicios, demostrando lo "original" del concepto.

Como ventaja habría que decir que es de suma importancia regresar a los orígenes para redescubrir cómo se formaron ciertos conceptos analíticos que hasta hoy nos guían y están presentes en nuestra práctica. El psicoanálisis lleva aún las huellas visibles de las cuales nació, y comprenderemos mejor su naturaleza si se analizan sus raíces.

Aun cuando, frecuentemente los conceptos se petrifican, se momifican, perdiendo todo su valor original, y dicho valor se puede volver a captar cuando se les re-sitúan en su contexto, hacemos hincapié en que los textos de Freud deben estar abiertos a revisión ya que cada noción posee en el

pensamiento freudiano vida propia, incluso a veces es necesario hacer producir las mismas contradicciones freudianas. Sería un error abandonar los conceptos teóricos como palabras

gastadas que ya no tienen nada que decir, el pensamiento freudiano siempre tiene algo que decir; basta regresar a las fuentes primarias para darnos cuenta de ello.

PRIMERA PARTE

La Transferencia en la Etapa Prepsicoanalítica

"La primera historia"

Entre 1880 y 1882 Breuer* (quien fue gran amigo de Freud durante un tiempo), trató un caso de histeria que llegó a ser clásico en el campo del psicoanálisis; es el ya conocido caso de Ana O. (o Bertha Pappenheim), una joven de 21 años, quien presentaba un sinnúmero de síntomas relacionados con la enfermedad de la cual murió su padre; parálisis de los miembros, contracturas, insensibilidad, y alteración de lenguaje y la vista, etc., y junto a ellos un caso de doble personalidad.

Durante su tratamiento, la transición de uno a otro estado de conciencia iba acompañado de una fase de autohipnosis, en el cual platicaba de todos los detalles acerca de su vida diaria, "por fortuna esta fase coincidía con las visitas de Breuer, y pronto ella tomó el hábito de narrar a éste los acontecimientos desagradables del día"²⁹.

En una ocasión la paciente se dio a la tarea de platicar cómo se había originado uno de esos síntomas, por lo que dio como resultado que al volver en sí, el síntoma había desaparecido;

con ello a Breuer se le ocurrió hipnotizarla y durante el transcurso, hacerla hablar del origen de los demás síntomas, de tal manera que la paciente se dio a la tarea de platicar un síntoma tras otro y bautizó este método con el nombre de "cura de conversación" o "limpieza de chimenea"; ella fue en realidad la "descubridora" del método catártico.

El final de la historia termina (como todos sabemos), después de que Breuer le dedicó mucho tiempo, paciencia e interés, cuando los celos de su esposa afloraron e influyeron para que Breuer diera bruscamente por terminado el tratamiento, ya que después de comprender lo que realmente le pasaba a su esposa "provocó en él una violenta reacción, mezcla de amor y de culpa"²⁹; el problema se intensificó cuando se lo comunicó a su paciente, quien se había apegado tanto a él que no soportó la separación, "el mismo día en que se lo comunicó tuvo una violenta crisis, una crisis que simbolizaba un parto al término de un nervioso embarazo que había pasado inadvertido para su médico"²⁹; ante esto, Breuer la tranquilizó

* Dr. Josef Breuer (1842-1925) famoso médico vienés, realizó trabajos de investigación sobre fisiología de la respiración, bajo la dirección de Edwald Hering; obtuvo el título de Privat-Dozent en 1868. Fue designado miembro correspondiente de la Academia de Ciencias de Viena en 1894, era adepto a la escuela de Helmholtz y se retiró para dedicarse exclusivamente a la práctica privada de la profesión.

hipnotizándola, para después abandonar la casa trastornado gran parte de su alteración, respondía al hecho de que su concepto personal sobre Ana O. era como de un ser totalmente asexual, y esto debido a que durante todo su tratamiento, no había hecho la menor alusión al tema sexual.

Como vemos, detrás de todo este

"El primer contacto"

En 1882 Freud pasa serios problemas económicos y sigue los consejos de sus profesores y allegados de abandonar la carrera de investigador, es la época también en que se encuentra a Marta Bernays y quiere casarse. En el mismo año se hace cargo de un puesto por 3 años en el Hospital de Viena y este es el momento en el que Breuer le confía la información sobre la cura de Ana O., que acaba de ser interrumpida, es cuando Freud tiene el primer contacto con la histeria; se interesa, "pero no imagina que este será un medio de escapar a la práctica médica. Habrá que esperar primero que Charcot otorgue categoría científica y médica al estudio de la histeria. Porque en el fondo Freud busca un compromiso complicado: escapar a la práctica médica, oponerse a las concepciones de la época, pero para hacerse reconocer por el mundo de la ciencia y la

embrollo hay una "actitud ambigua de Breuer, que se parece a una falta de carácter"³³, después no expondrá nunca ese saber del que nada quería conocer, huída que hizo en el caso de Ana O. y que se repetiría posteriormente. En su duplicidad de conocimiento no se comprometió con la escucha de la histérica a diferencia de Freud.

medicina. Sabemos que lo consiguió no sin esfuerzo"³³.

En algunas ocasiones se dice que Freud se sintió grandemente influenciado por la historia de Ana O., porque debido a su temperamento sexual y lo austeras que eran sus costumbres en ese campo, la historia lo sedujo de alguna manera, pero "en todo caso, es muy simplista, y más angelical que analítico, suponer que Freud tuviese el alma pura como consecuencia de "instintos" sexuales poco exigentes"³³.

Diríamos que en este "primer contacto" que Freud tuvo con la histeria se encuentra ya la semilla de lo que será el concepto teórico de la transferencia; lo escuchado no lo echó en saco roto ya que posteriormente Freud tratará de ver más allá del acontecimiento mismo y de explicarse teórica y

científicamente todos estos hechos.

Freud estaba atento a ellos, aunque muy lejos de poder explicárselos; pasaría tiempo para que Freud comprendiera porqué Breuer se desinteresó de lo que había descubierto, y que "por razones contratransferenciales (nada de esto se conocía en esa época): sintió culpa ante las súbitas manifestaciones transferenciales de su paciente"³³. Y para que aún después de desconocer el fin de la historia, Freud pudiera inferir a partir de confidencias parciales y pudiera reconstruirla con el tiempo. "Breuer tenía en su poder la llave que abre... pero la dejó caer"³³.

Freud aprendió con estas experiencias

"El segundo contacto"

Las relaciones que mantuvo Freud con el hipnotismo son importantes para poder comprender el origen del descubrimiento mismo de la transferencia. 1885 marca la estadía de Freud en París, en esa época la histeria es despreciada por los médicos y consideraba cosa de simulación, el neurólogo Charcot se preocupaba seriamente por el tema y "he aquí que gracias a Charcot y casi de la noche a la mañana, la histeria se convirtió en una enfermedad del sistema nervioso, enteramente respetable"²⁹. Como

el hallazgo de dos problemas que estaban relacionados entre sí, el de la histeria y la hipnosis. "El saber de Breuer en materia de psicoterapia, significó tal vez un aporte indispensable que suministró una útil preparación"³³. Mannoni nos dice; que la influencia de Charcot y Breuer pertenece a la historia de las ideas.

Quizás en esa época Freud aún no estaba del todo comprometido, aún no estaba apto para recoger la llave que Breuer había dejado caer; "pero no hay duda de que una vez comprometido por poco que fuese, en un diálogo con la histeria, siguió su propio camino, lejos de toda senda abierta, sin dejarse desviar por nada, sobre todo sin dejarse desviar por las oposiciones"³³.

sabemos, trataba las observaciones clínicas como hechos "de los que infería conjeturas neurológicas", (contrariamente a los clínicos alemanes, que se basaban en una teoría fisiológica)... "Charcot crea y suprime los síntomas hablando, pero no es magia; muestra que los fenómenos histéricos obedecen a leyes"³³.

Como lo habíamos mencionado, 1885 es el año en que Freud obtiene una beca para realizar un viaje de estudios y elige París, Charcot y la Salpêtrière.

"La influencia de Charcot"

Sus primeros días en París fueron penosos, sin tener con quién hablar, escaso dinero, lleva a Charcot sus cortes coloreados de plata, con el método que había inventado, pero Charcot no se interesa. "Al verlo entre los histéricos, recuerda que fue precisamente Breuer quien le contó la historia de Ana O. y se la relata a Charcot. Pero ni la anatomía pura ni la psicología pura parecen interesar a su interlocutor. Freud se siente extraviado y desconfía"³³; es cuando se le ocurre la idea de traducir los libros del profesor al alemán y con ello todo se le ordena, es aceptado, invitado, y se le confían trabajos interesantes.

Freud terminó adaptándose al medio, se dice que se identificó con Charcot sintiendo recibir de él, paternalmente el permiso de ocuparse de la sexualidad y porque le brindaba al mismo tiempo un modelo de racionalización, que tendía a desencarnar la sexualidad; recordemos que las manifestaciones sexuales de las histéricas se reducían a procesos fisiológicos; era una interpretación racionalizante y tranquilizadora de la histeria, de hecho el mismo Freud hizo uso de ella alrededor de diez años.

Freud reconoció abiertamente su deuda hacia él (uno de los 3 maestros que le influyeron en forma decisiva, los otros

dos serían Breuer y Bernheim), escribía en aquel año: "nunca ningún hombre ha ejercido tanta influencia sobre mí"²⁹... "muchas de las demostraciones de Charcot provocaban en mí y en otros visitantes sentimientos de asombro y una tendencia al escepticismo que intentábamos justificar recurriendo a cualquiera de las teorías de entonces. Siempre era amistoso y paciente frente a estas dudas, pero también inquebrantable.

En una de esas discusiones observó a propósito de la teoría: "Ça n'empêche pas d'exister" (se dirigía a Freud); estas palabras dejaron en mi espíritu una huella imborrable"²⁴.

Mannoni nos dice que "ciertos signos muestran que Freud, impulsado por la admiración que sentía por Charcot, se identificó con un histérico. Esto es importante porque más tarde influyó en la orientación de su búsqueda"³³.

Freud hasta entonces había sufrido numerosas perturbaciones "psicosomáticas"; se atribuía una neurastenia, la que en ese tiempo era considerada de naturaleza física e incurable, se inquietaba por su "herencia", la que consideraba grave; "efectivamente para Charcot la histeria es la herencia más los agentes provocadores"; ...pasará algún tiempo

-ya que Charcot no trataba histéricos- para que se considere a sí mismo como su propio paciente y se califique de histérico"³³; aunque Freud no disponía de esta escapatoria en 1885. Mannoni nos dice que fue necesario hacer un largo camino "que le permitió escapar a la tradicional segregación psiquiátrica que arrojaba la "locura" sobre el enfermo y encerraba al médico en su razón impotente"³².

Entonces diremos que la influencia de Charcot no se puede negar; Freud le atribuyó a su maestro, en aquel tiempo, el mérito de un descubrimiento que le confiere "la gloria eterna" por haber sido el primero en elucidar el problema de la histeria; pero esa influencia fue sólo un paso más para recorrer ese largo camino.

Anzieu¹ nos dice que sin la influencia de Charcot, y sin la inteligencia que éste manifestaba al establecer y desenmarañar los hechos, "Freud fuera de duda, no habría abordado como científico el diagnóstico y la psicoterapia de las neurosis¹, sin embargo el juicio por el maestro le parece excesivo, por ser un criterio personal muy poco compartido; "En Francia los continuadores de Charcot, lejos de desarrollar sus opiniones, retroceden a partir de 1895"¹ y fuera de Francia, el carácter teatral de la Salpêtrière y el uso de la hipnosis, es visto como un simple amaestramiento, se ve con lástima e incredulidad; por

otra parte Anzieu sostiene cómo a partir de 1895 ya no se encuentra en Freud la influencia de Charcot; así también dentro de los sueños de Freud durante su "autoanálisis" ninguno evocó a su maestro, "Die Traumdeutung" no contiene referencia sobre alguna idea de Charcot; la explicación de todo esto es que "Charcot era un hombre visual"¹. Freud lo describe a su novia Martha en una carta, como el de los ojos oscuros, muy dulces, de mirada fascinante, y en su nota necrológica multiplicó las referencias a la vista.

"Ese hombre visual era inconscientemente un "voyeur" bajo cuya mirada las histéricas de la Salpêtrière desplegaban su exhibicionismo. Sus presentaciones de enfermos, a las que asistía la crema de París, eran verdaderas funciones teatrales. El espacio del cuerpo, el espacio del escenario, tales eran las coordenadas del trabajo científico y terapéutico de Charcot. Freud en cambio propone la distancia y la escucha"¹.

Freud estructura el espacio psicoanalítico al contrario de las demostraciones hipnóticas; no habrá público, el paciente permanecerá acostado sin ver al terapeuta, y "será invitado a decir sus deseos sexuales y a reconocerse el sujeto de los mismos, no a mimar sus avatares de una manera que Charcot pretendía que fuese

mecánica e impersonal"¹. Evidentemente todo esto hace que la transferencia se efectúe de una especial manera; Pontalis ha hecho notar que "Al espacio teatral y pleno de Charcot (que por lo demás es el espacio

espontáneo del histérico), Freud lo reemplazará por un espacio hueco, puramente mental. Gracias a esa inversión se elaborará el descubrimiento del psicoanálisis, la hipótesis del aparato psíquico"¹.

"La Salpetriere y Freud"

Para Freud los casos estudiados en la Salpetriere era de un rico material clínico, y las neurosis vistas desde la interpretación de Charcot, lo conducían siempre a la psicopatología; se dice que aunque Freud sacaba de las sesiones un buen provecho intelectual, también éstas hacían sentir en él (desde lo afectivo) una especie de atracción y fascinación por un lado y por otro una especie de repulsión y rechazo, independientemente de que ya presentía un nexo entre histeria y sexualidad; estas emociones causaron en Freud un conflicto interior que lo orillaron a pensar en irse de París, (recordemos que también había decidido abandonar el laboratorio y dejar de lado las investigaciones fisiológicas y neurológicas). Algunos autores opinan que quizás Freud en ese momento sintió que una barrera había cedido y se encontraba indefenso ante las tentaciones sexuales, pero en todo caso nosotros nos inclinamos por la opinión de Anzieu, quien prefiere ver en este

momento depresivo una de las primeras manifestaciones de una constante freudiana: "toda la realización de un deseo fuertemente cargado le provoca una viva angustia"¹.

A pesar de todo Freud se enriqueció con la experiencia, por un lado se impactó con la observación de las parálisis experimentales, así como por la "gran histeria" y su fase alucinatoria; posteriormente elaborará su formulación sobre la histeria (1893) y retomará en cuenta los elementos de la gran crisis: revivencia del pasado, el traumatismo, y la posibilidad de dicho acontecimiento tenga carácter sexual. También las experiencias de Charcot obligaron a Freud a "concebir la posibilidad de una idea separada de la conciencia. Es posible constatar el efecto somático de una idea sin que el yo lo sepa ni se capaz de intervenir para impedirlo"³³.

"El fin de la historia"

Seguramente habrá mucho más que decir sobre el episodio en la vida de Freud en la Salpêtrière, pero cortemos hasta aquí ese segundo contacto que Freud tuvo con Charcot. Vimos como Freud aprendió mucho con estas experiencias, pero si pensamos sobre la línea de la transferencia y qué fue lo que posibilitó su evolución, quizás pondríamos el acento en que Freud ya presentía un nexo entre histeria y sexualidad, el mérito de Freud es rescatar esto y trabajarlo aún diez años después, gracias a ello desarrolla sus intuiciones y en ese camino el descubrimiento de la transferencia le permite manipular la sexualidad y, a la vez, protegerse de sus efectos. Posteriormente en los "Estudios sobre la histeria", "se plantean aunque tangencialmente dos problemas capitales sin que aún pueda adivinarse la importancia que habrán de adquirir: la transferencia y la sexualidad"³³.

También en esta experiencia Freud

tomó mucho en cuenta la revivencia del pasado, tal vez se podría encontrar en esto lo que va a ser posteriormente el concepto teórico de la "compulsión a la repetición" y por ende la forma que opera en el tratamiento ligado a la transferencia.

Además cambió su concepto de la histeria y lo abordó científicamente, lo que hace que en su escucha exista un profundo respeto por el paciente, creando un campo fértil para recibir lo que posteriormente sus pacientes tratarán de comunicar (recordemos el futuro episodio donde una de sus pacientes se le echa a sus brazos). En esa época no le era claro, pero se desencadenó en él un proceso que iba a llevarlo más tarde a dar con una explicación, mediante un mecanismo psíquico que le otorgaría un sentido al síntoma histérico. Pero hasta aquí sólo las cartas estaban echadas, aún no había ninguna conclusión del juego.

"El día de Pascuas"

En este capítulo dejaremos aparte el regreso de Freud de París y su informe con sus consecuencias y efectos, más bien nos enfocaremos en la terapéutica

que siguió Freud con su clientela privada. En 1886, el día de Pascuas (en Viena) abre su consultorio... ¿pero qué hacer con una información que

entonces consistía esencialmente en verificar los diagnósticos en la autopsia, el día en que debe de dejar el laboratorio para procurarse una clientela privada?; sin embargo a pesar de la opinión de Nothnagel "Freud sólo conoce la neurología y como neurólogo intentará iniciar su práctica privada"³³.

Los casos que recibe se presentan como si fueren neurológicos; en un principio se utilizó la electroterapia, que era común en aquel tiempo junto con los baños, masajes y reposo, posteriormente usó la hipnosis; más tarde escribirá: "mi arsenal terapéutico comprendía dos armas: electroterapia e hipnotismo"²⁴; aunque después descubrió que esto carecía de valor y "esto -dice- lo ayudó a desprenderse de la fe ingenua que aún conservaba hacia las autoridades"... "así, aparté el aparato aún antes de que Moebius hubiese pronunciado estas palabras liberadoras: Los éxitos del tratamiento eléctrico (si es que los hay) se deben sólo a la sugestión que el médico ejerce

sobre el paciente"²⁴.

Mannoni nos dice: "nos complacería que hubiese sido Freud el descubridor de este efecto de "sugestión"³³; pero a su regreso de París todavía seguía buscando el tratamiento ideal neurológico, sin darle importancia al aspecto psicológico de los casos que trataba.

Aún con todo, (como lo habíamos ya mencionado) con su clientela privada Freud puso en evidencia algo que ya había entrevisto en su práctica hospitalaria: "de una tercera parte a la mitad de los casos de los pacientes que sufren enfermedades nerviosas no son enfermos neurológicos. Para estos enfermos de ideas, es decir de representaciones o de afectos, le era preciso hallar no sólo el diagnóstico sino también la terapéutica adecuada. Después de sus ensayos y errores con la cocaína y la electroterapia, colocó sus esperanzas en la hipnosis"¹.

"La esperanza"

La hipnosis da resultados, Charcot la emplea pero le preocupa poco la terapéutica. "Por el contrario en la escuela de Nancy (Bernheim, Liebaut) curaban por sugestión bajo hipnosis³³. Freud se entusiasma con ella, pero

titubea en usar dicha práctica que gozaba de tan mala publicidad en aquel tiempo; "la hipnosis era considerada una mistificación, incluso una causa de degradación de la persona"¹.

No usó de inmediato el método catártico manteniéndose más bien bajo la línea de la escuela de París que bajo la hipnosis prohibía la reaparición del síntoma. La indecisión entre las dos técnicas se ve en el caso de la Sra. Emmy Von N. (1899), el cual llegó a ser el primero de los cuatro escritos en los "Estudios sobre la histeria"⁵.

Ya en 1887 Freud hace pleno uso del hipnotismo, práctica que inicialmente le parece fascinante, y que le da la sensación: "de haber dejado atrás la propia impotencia y además el renombre de ser un taumaturgo resultaba muy halagüeño"¹. Pero no todo marchó sobre ruedas, el uso de esta práctica sólo duró 18 meses y también tuvo sus motivos para abandonarla.

En 1909 en sus "Cinco conferencias" declaró: "No me agrada la hipnosis; es un procedimiento inseguro y tiene algo

de místico"¹², argumentaba que el procedimiento era monótono, y desembocaba en una situación odiosa y de muy poca eficacia; "además se preguntó qué coherencia guardaba esa técnica con la teoría del funcionamiento psíquico que estaba elaborando"¹. También es 1909 la época de una fuerte oposición hacia la hipnosis por parte de los médicos después de la muerte de Charcot. En 1892 (en una segunda traducción a una obra de Charcot) añadió una nota: "Ni el médico ni el enfermo son capaces de tolerar indefinidamente la contradicción que existe entre la negación rotunda del trastorno en la sugestión y su aceptación necesaria fuera de la misma"³⁴; así pues abandona la hipnosis, quizás Freud presentía que había algo importante detrás de los síntomas, y tuvo bastante curiosidad científica como para superar los obstáculos externos y los que podían existir en él mismo.

"El método catártico de Breuer y la estancia en Nancy

Así en mayo de 1889 Freud pasa de la sugestión hipnótica al método catártico de Breuer. Con este método Freud tuvo un problema de carácter técnico en la práctica: el no poder hipnotizar a todos sus pacientes profundamente por igual; por lo que a mediados de ese año Freud

viaja a Nancy para introducirse en la técnica de Berheim y Liébeault, (diferentes a Charcot) en este viaje llevó con él a una paciente refractaria a la hipnosis (caso repetido en su clientela); Berheim le comenta la imposibilidad de que se obtengan

frecuentemente hipnosis profundas de enfermos de consulta privada, a pesar de ello Freud usó la hipnosis profunda (como requerimiento del método catártico) de manera continua más o menos durante cinco años (1887-1892).

En cuanto a la estancia de Freud en Nancy diremos que ahí comprueba y reafirma sus ideas asistiendo al despertar de actos sugeridos bajo hipnosis; recordemos al sujeto hipnotizado que abre un paraguas y una vez despierto ignora el motivo real de su conducta. También Freud presencié en casa de Berheim, personas que salían de la hipnosis no recordando nada de lo ocurrido durante su sueño, pero Berheim insistía, (les ponía la mano sobre la frente) hasta que lograba recordar lo vivido durante la hipnosis.

Esta experiencia es para Freud el punto de partida de una transformación total en su técnica, porque pensó que aunque

sus enfermos no estaban hipnotizados, forzosamente tenían ellos que saber aquello que la hipnosis les hacía accesible.

Es entonces cuando adoptó el método para "traer de vuelta a la conciencia los hechos y relaciones olvidados"²⁴, abandonó la hipnosis y posteriormente el poner las manos en la frente para pasar a la asociación libre.

Freud dirá en 1925 que fue en Nancy donde recibió "las más fuertes impresiones relativas a la posibilidad de poderosos procesos psíquicos que habían permanecido ocultos a la conciencia de los hombres"²⁴, quizás ahí se integraron las ideas que llevaron a Freud a forjar su propio concepto del inconsciente. Medio siglo después pondrá como ejemplo escogido, el suceso del sujeto y el paraguas para demostrar la existencia de lo inconsciente. (1938)

"El abandono de la Hipnosis"

Habíamos dicho que Freud utilizó la hipnosis de manera continua aproximadamente de 1887 a 1892; para abandonarla en 1896. También cuenta con sus razones: la hipnosis llega a ser para Freud ininteligible por un lado, es inaplicable masivamente y por otro lado se agrega el hecho de que la

hipnosis disimula y oculta las resistencias.

En sus "Cinco conferencias" dice: "Cuando hube comprobado que a pesar de todos mis esfuerzos, sólo podía poner en estado de hipnosis a una mínima parte de mis enfermos, decidí

abandonar ese procedimiento"¹². Así, estos fueron los factores que intervinieron en el cambio, pero existe otro quizás de vital importancia que desempeña un papel decisivo en el descubrimiento de la transferencia, y es el tan comentado suceso en el cual una paciente anónima se arroja a los brazos de Freud; ..."yo tenía la mente lo bastante fría para no imputar el acontecimiento en la cuenta de mi irresistibilidad personal, y pensaba que había captado la índole del elemento místico que había tras la hipnosis". A fin de separar éste o por lo menos aislarlo, debía abandonar la hipnosis"¹². Detengámonos en este suceso, fuera por lo que fuese, Freud no aceptó la conducta de su paciente como efecto de ser irresistible su persona. Parece ser que ¿quizás consideraba la existencia de una tercera figura entre su paciente y él?, es pues lógico ver en este punto el esbozo de la noción de transferencia.

Desgraciadamente este episodio carece de fecha, no aparece de manera cronológica en la autobiografía de Freud y sólo aparece en el libro de Jones²⁹; Ana Freud dice que en ninguna de las cartas de su padre (publicadas e inéditas) se encuentra alguna mención de este suceso.

Hemos visto durante este recorrido (apertura del consultorio, hidroterapia, hipnosis, método catártico) cómo Freud va cambiando su técnica de trabajo y sus ideas, influenciado por

sus experiencias, habíamos dicho que ya la noción de transferencia despuntaba, pero aún no muy claramente, ya que la relación terapéutica (después de abandonar la hipnosis), es la sucesora de la relación hipnótica la que forma y constituye el instrumento de tratamiento y no la transferencia. "Al englobar la representación de la persona del analista en alianzas equívocas (desplazamientos) y en repeticiones, corría el riesgo de comprometer la relación terapéutica normal"³¹. En esa época la transferencia se explicaba sólo por medio del desplazamiento y la repetición, además se opone a la relación terapéutica.

Freud lo escribe así, posteriormente al resumir el desarrollo de estas nociones: una vez abandonada la hipnosis "el éxito dependía exclusivamente de la relación del paciente con el médico, de manera que este método evocaba el de la sugestión, si se perturbaba esa relación reaparecían todos los síntomas"¹.

Mannoni nos dice: "Hoy nos resulta fácil comprender que lo que Freud oponía era una relación impersonal, una forma de "comunicación", una influencia en cierto modo real de la persona del médico, frente a otra cosa que, entonces, está hecha de la misma estopa que los síntomas. Pero esto sólo empezará a dilucidarse, precisamente en el estudio del sueño"³².

"En colaboración"

Durante todo este lapso Freud nunca olvidó el caso de Ana O., y además Breuer le hablaba frecuentemente de éste. Breuer huyó de nuevo cuando Freud le mostró a una paciente histérica que sentía preñez imaginaria, quiso tranquilizar a su colega con el relato pero sólo lo logró someramente; en 1892 también le cuenta de aquella paciente que le echó los brazos al cuello, le explicó que "eso era un fenómeno de transferencia y que la histérica sufría de represión sexual... Breuer aceptó todo esto intelectualmente, incluso lo escribió en los "Estudios sobre la histeria", que bajo la insistente presión de Freud redactaron en común en un lapso de dos años"¹.

Con esta deducción de Freud (es decir que había que tomar tales sucesos como resultado de fenómenos trasferenciales característicos de determinados tipos de histeria), podemos ver que la idea de dicho concepto nació en Freud debido a su aventura personal y que ya había sufrido cierta elaboración cuando se lo contó a Breuer.

Se puede tomar "Estudios sobre la histeria" como la época de su génesis, es aquí donde aparece por primera vez, la noción de transferencia, Breuer había comentado al respecto: "Es creo, la cosa más importante que ambos

tengamos para revelar al mundo"²⁹. El concepto aparece en dicho artículo sólo desde su forma libidinal, y en las últimas páginas (305 en adelante), Freud habla del importante papel que le corresponde al médico para crear motivos que derroten la resistencia, muy particularmente en mujeres donde se tiene que aclarar ilaciones de pensamiento erótico, ahí el médico recompensa mediante algún subrogado de amor: "Las fatigas y la amistosa tolerancia del médico tienen que bastar como tal subrogado" (eco de su futuro artículo "Amor de transferencia"), si esa relación de la enferma con el médico es perturbada, también se deniega su buena disposición. Cuando el médico quiere averiguar la siguiente idea patógena, a la enferma se le cruzará la conciencia de los cargos que se han acumulado contra aquél"⁵.

Freud explica que ese obstáculo se presenta en tres casos:

1. "Cuando la enferma se cree relegada, menospreciada, afrentada, o ha escuchado cosas desfavorables sobre el médico y sobre el método de tratamiento".
2. "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" ... la ocasión para este obstáculo está contenida en la naturaleza del cuidado terapéutico".

3. "Cuando la enferma se espanta por transferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis, ello es frecuente y aún de ocurrencia regular en muchos análisis. La transferencia sobre el médico acontece por enlace falso"⁵ (primera aparición del término en el sentido psicoanalítico).

Freud da el ejemplo de la paciente que deseaba que se le diera un beso (del hombre con quien conversara), "al término de una sesión afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona", Freud explica las cosas: "Primero había aflorado en la conciencia de la enferma el contenido del deseo" (pero sin los recuerdos colaterales); "y en virtud de la compulsión a asociar dominante en la conciencia, el deseo ahora presente fue enlazado a mi persona, de quien era lícito que la enferma se ocupara. A raíz de esta mesalliance (enlace falso), despierta el mismo afecto que en su momento esforzó a la enferma a proscribir ese deseo prohibido. Desde que tengo averiguado esto, puedo presuponer, frente a cualquier requerimiento a mi persona, que han vuelto a producir una transferencia y un enlace falso, "curiosamente la

enferma volvía a caer víctima del espejismo a cada nueva ocasión"; en casos semejantes los enfermos son siempre víctimas del engaño" ... por lo demás las enfermas aprendían también, poco a poco, que en transferencias como esas a la persona del médico tratábase de una pulsión y un error que el fin del análisis disiparía"⁵.

En este último párrafo podemos ver un cambio de giro respecto de la relación interpersonal médico-paciente, Freud (el médico) ya no se siente personalmente comprometido por las sollicitaciones libidinales de los pacientes; es gracias a la transferencia que puede haber la posibilidad de un grado de desapego respecto de la enferma y le permite observar con serenidad el proceso que se desarrolla ante sus ojos. Hacemos hincapié en que con los "Estudios sobre la histeria" varios puntos se convierten en adquisiciones definitivas, en particular el abandono de la hipnosis y la sugestión, con lo que se va a originar posteriormente el método de la asociación libre. En "Los estudios" la transferencia es explicada solamente por medio del desplazamiento y la repetición, además se opone a la relación terapéutica presentándose como un inconveniente, un obstáculo para el tratamiento, una resistencia para la rememoración; lo esencial aquí es el desplazamiento que junto con la repetición "parecen bastar para proveer de una estructura mínima a los

fenómenos transferenciales"³³, al envolver la representación de la persona del analista en alianzas equívocas se tenía el riesgo de comprometer la relación normal"³².

Así, Freud se topa con el gran obstáculo que se levanta ante la tarea del investigador: la transferencia; Pero

"tuvo un atisbo de su formidable poder, y tal vez, incluso, comenzó a advertir que no sólo era un obstáculo, sino que sería otro de los principales instrumentos de la técnica psicoanalítica"⁵, de tal manera que el análisis de las resistencias y de la transferencia llegó a ser el elemento esencial de la cura analítica.

"Entre sueños"

Para comenzar este capítulo donde trataremos la transferencia en la "Interpretación de los sueños" (1900), abriremos con la relación Freud-Fliess*, ya que dicha relación está íntimamente ligada con el descubrimiento de la transferencia y asimismo con el del inconsciente freudiano ("el autoanálisis" de Freud); decimos que esta relación amistosa (Freud-Fliess) es una relación transferencial, recordemos su nacimiento apasionado, la admiración total hacia las teorías poco científicas de Fliess, esa identificación narcisista que hacen confundir los propios descubrimientos con los del otro, con todo esto, el acento recae en que fue precisamente Fliess con quien Freud se analizó (modelo de lo que llegaría a ser

la relación analítica), ese "mi otro yo" de las cartas de Freud es el lugar del absoluto ideal, del que todo lo puede y lo sabe (en Lacan "El supuesto saber"), en esta amistad se moviliza el deseo inconsciente porque Fliess no sabe nada de nada, y es gracias a ello, (el estar ausente, lejos, existiendo sin decir nada) que Freud puede caminar para encontrarse con el saber sobre el inconsciente; es justo en esta relación donde la transferencia nos dice que se trata de poder realizar un acceso a un saber inconsciente por medio de un rodeo en el que siempre el otro es necesario.

Comentaremos que Freud después de abandonar el "Proyecto de Psicología" (1950)², se encuentra en un estado en

* Fliess (1858-1928) médico otorrinolaringólogo cuya especialidad ejercía en Berlín, realizó publicaciones acerca de un nuevo síndrome que denominó "neurosis nasal refleja" en 1897 cuyos síntomas se podían aliviar con aplicación de cocaína en la nariz y las enfermedades, los periodos sexuales, de vida y de muerte dependían de este síndrome.

donde no dispone de un trabajo teórico y en donde es cuestionado y puesto en tela de juicio; "...me parece estar en un capullo. Quien sabe qué bestia surgirá de allí". Freud revela la situación transferencial en la que está inmerso sin poder reconocerla, porque no corresponde completamente a lo que hasta entonces llamó transferencias; el 7 de julio describe la transferencia en términos muy claros pero no la reconoce teóricamente: "Continúo sin saber qué me ocurrió. Algo llegado de las profundidades abismales de mi propia neurosis, e ignoro porqué, pero tú estás implicado. Me parece que la imposibilidad de escribir tiene como objetivo el interferir en nuestras relaciones. No poseo ninguna prueba de esto y sólo se trata de impresiones completamente obscuras. Agrega, (como los pacientes en el análisis): "Seguramente el calor y el 'surmenage' deben tener algo que ver con todo esto". Como sabemos, esto pertenece a la carta a Fliess de 2/3/1899².

Entremos ahora en el tema de la transferencia en la "Traudemtung", en 1900 la transferencia en los sueños se presenta así:

"La representación inconsciente como tal es del todo incapaz de ingresar en el preconscious, solamente que entre en conexión con una representación inofensiva; los deseos inconscientes transfieren su mayor intensidad a la menor intensidad de ésta, ya que

siempre están alertas, aprovechando cualquier mínima oportunidad o momento de manifestarse.

Las representaciones reprimidas tienden a la transferencia sobre elementos triviales o recientes, sobre un material libre de asociaciones, ya que son justamente estos elementos nimios los que menos tienen que temer a la censura de la resistencia, así de esta manera los restos diurnos le dan al inconsciente el apoyo necesario para adherir la transferencia"⁷.

Cuando el deseo inconsciente choca con la censura, adopta esa desfiguración que ya se había iniciado por la transferencia a lo reciente y se pone en el camino de convertirse en algo similar a una representación obsesiva o en pensamiento que es reforzado por transferencia y desfigurado (en su expresión) por la censura.

Con esa libre transferibilidad de las intensidades y con la condensación se forman representaciones de compromiso intermedias que serían los síntomas; "las representaciones que se transfieren sus intensidades unas a otras, mantienen entre sí las relaciones más laxas y se enlazan mediante variedades de la asociación que nuestro pensamiento desprecia"⁷.

Freud nos dice que en la histeria hay una elaboración psíquica anormal que ocurre cuando ha devenido la

transferencia de un deseo inconsciente proveniente de lo infantil y se encuentra en la represión.

Como podemos ver la esencia de la transferencia en la "Traudemtung" al igual que en "los estudios" es todavía el desplazamiento, aunque en esta ocasión se trata del desplazamiento de las representaciones en el campo del deseo inconsciente, la palabra transferencia no es utilizada en otro sentido nuevo; tenemos la impresión equivocada de que en "La interpretación de los sueños" Freud emplea dicha palabra en otro sentido, en realidad esto no se presenta así, sino que más bien si tomamos la esencia de ambas, es decir, de las manifestaciones transferenciales y del sueño, están hechas del mismo material aunque se vean muy alejadas a primera vista en la teoría de sus respectivas posiciones.

Si ponemos atención en la relación que hay entre la transferencia y el sueño, vemos que el problema ya estaba planteado (1899); en la "Traudemtung", Freud invoca a los fenómenos de transferencia tal como los comprueba en un análisis para confirmar las explicaciones que ofrece sobre la naturaleza del sueño. Y hay abundantes ejemplos en los que se puede ver en qué forma utiliza Freud lo que le enseñara el estudio de los sueños para orientarse en la comprensión de los hechos de transferencia³².

Aunque hay en la "Traudemtung" sueños que manifiestan una transferencia a la persona del médico, en la gran mayoría de los casos, la transferencia al analista está tratada como cualquier otro tipo de desplazamiento; exceptuando un caso en donde se esboza la forma en que se tratarán posteriormente los sueños transferenciales.

No olvidemos que la transferencia tenía ya existencia propia antes de la "Traudemtung". En "los estudios sobre la histeria" se puede encontrar un sueño transferencial (pese a su carácter de sueño de vigilia), que es también a la vez manifestación transferencial en el tratamiento.

Así, podemos encontrar seguimiento y continuidad entre los dos textos (I. de los sueños y E. sobre la H.); en uno son elementos "vacíos de sentido", "restos diurnos" que el deseo utiliza; en el otro, es la sustitución de una persona anterior por el médico, pero en realidad se trata del "significante" del analista, más que de su persona real. De esta forma, el analista como significante viene a ser ese elemento "vacío de sentido" y que gracias a lo cual el paciente "inserta al médico en una de sus series psíquicas... en uno de los clichés que se repiten" (1912)¹⁴. El asunto está en el deseo que toma al "significante" del analista y este a su vez atrae hacia sí todas las

representaciones reprimidas del paciente.

Mannoni³² nos dice que mucho antes que Dora tuviese algo que decir, Freud convierte la imagen del analista en la fantasía preconciente (las ideas del sueño), "En algo que puede reducirse fácilmente a la categoría de un simple resto diurno. Y en el tratamiento, la transferencia no es aún más que un caso apenas particular de la transferencia del deseo inconsciente a una representación susceptible de sustituir a otro objeto. Esta orientación sigue siendo visible en los ulteriores desarrollos de la teoría"³².

Y para concluir diremos que la transferencia pasa de ser un obstáculo a tener una significación más clara y definida, a ser el instrumento mismo del tratamiento. Justo en el fracaso del caso "Dora" y con ocasión de éste "La cuestión de las relaciones entre el sueño y transferencia adquirió su verdadera importancia"³³.

Posteriormente Freud podrá relacionar la transferencia con la influencia del médico y el poder de la cura; y escribirá sus "escritos técnicos" que comienzan de 1911 en adelante, dichos escritos se verán en la segunda parte del presente trabajo.

SEGUNDA PARTE

La Transferencia Dentro de la Etapa Psicoanalítica

Antes de comenzar esta segunda parte, queremos hacer un pequeño resumen para ubicarnos. Primeramente hay que delinear las dos etapas del psicoanálisis, en la etapa prepsicoanalítica (aproximadamente entre 1885 y 1907) encontramos la utilización de la hipnosis o sugestión, así como de la "relación" que enlaza al hipnotizado con el hipnotizador, en dicha relación encontramos ya una forma de transferencia; en aquella época el hipnotizador creía que era él quien voluntariamente creaba la transferencia porque lo ordenaba, a partir del momento en que ya no se usa la hipnosis, se piensa que la relación cederá su lugar a la "relación terapéutica" tal como existe entre médico y paciente.

Freud en 1895 pasa de la investigación neurológica a la otra vertiente que es la interpretación por medio del sueño. Y es precisamente cuando Freud se opone a la hipnosis (pues la transferencia funciona en el sentido contrario), forjando el concepto del inconsciente como ese "otro lugar" con lo que se origina el psicoanálisis y se da lo que es la etapa psicoanalítica.

"El concepto de transferencia en transición"

Para comenzar a rastrear el concepto teórico de la transferencia es necesario

Recordemos que a partir del descubrimiento del sueño todo el concepto de la transferencia se reacomoda, como lo hemos hecho notar en la introducción y en el capítulo "Entre sueños".

Posteriormente (como también lo vimos en el último capítulo) la transferencia deja de ser un obstáculo, una dificultad que se debía evitar o reducir a toda costa para llegar a ser el motor de la cura. Es a partir del fracaso del "Caso Dora", y debido a ello que la cuestión de las relaciones entre el sueño y la transferencia adquieren su máxima importancia.

Así, en esta segunda parte comenzaremos viendo la hipnosis y la sugestión dada en la etapa prepsicoanalítica y cómo posteriormente el concepto de transferencia comienza a despuntarse en forma independiente de la hipnosis y la sugestión para posteriormente entrar a la etapa analítica propiamente dicha, y de esta manera ver cómo se relaciona el concepto de transferencia a otros conceptos teóricos.

irse a la etapa prepsicoanalítica y tratar de ver bajo qué luz se daba la

transferencia .

Como sabemos Freud inicialmente puso su atención en el estudio del hipnotismo y la sugestión. Convencido por experiencia propia de que los fenómenos del hipnotismo eran auténticos hizo uso efectivo de estos en 1886. Si recorremos sus trabajos de la época prefreudiana podemos ver cómo el concepto se definía en términos fisiológicos, llegando a ser un poco como sinónimo de sugestión; en su artículo "Sobre la histeria" de 1888³ habla de una transferencia espontánea (en la histeria) donde los síntomas son movibles y se distribuyen con libertad; existe un desplazamiento de los síntomas histéricos donde se puede transferir ("mediante intervenciones astesiógenas")³ una anestesia, un temblor, una parálisis, etc., sobre el lugar simétrico de la otra mitad del cuerpo "al tiempo que se normaliza el lugar originariamente afectado"³.

Es una transferencia relacionada con la sugestión donde no es posible definir qué parte pertenece al influjo psíquico en otros procedimientos que parecen físicos, ejemplifica cómo se pueden curar contracturas si existe una transferencia por medio de un magneto, "con una transferencia repetida la contractura se debilita y termina por desaparecer"³.

También en 1888 (De la sugestión) cita a Huckel, quien está convencido que "la

primera transferencia de la sensibilidad (de una parte del cuerpo, sobre la parte correspondiente del lado opuesto) le fue sugerida al enfermo en cierta oportunidad histórica², después los médicos produjeron constantemente por sugestión ese síntoma aparentemente fisiológico y tomado como tal. Así pues Freud definió esa transferencia en relación a los síntomas histéricos fisiológicamente como "la exageración de un nexo normalmente presente entre partes simétricas y por eso es posible provocar su rudimentario esbozo en personas normales"².

Posteriormente en 1893 cuando tenía dificultades con el procedimiento de la presión, Freud encuentra una dificultad mayor, "consistía en mover a la enferma a comunicar dónde entraban en cuenta unas relaciones en apariencia personales, dónde coincidía la tercera persona con el médico"³.

Es quizás aquí donde el concepto de la transferencia comienza a despuntarse en forma ya independiente de la hipnosis y la sugestión, posteriormente Freud se opondrá a la hipnosis y forjará el concepto del inconsciente y con ello se origina el psicoanálisis y entramos a la etapa analítica.

Por otro lado hay quienes ven "Estudios sobre la histeria" de 1895 como la época de génesis de la transferencia, en esta obra es donde

aparece justamente por primera vez la definición de transferencia desligada completamente del concepto de sugestión, hasta llegar a ser después un factor esencial en el análisis con derecho a reclamar para sí la máxima significación tanto en lo teórico como en lo práctico.

Al abandonar la hipnosis Freud concluye que la sugestión es un fenómeno parcial del estado hipnótico. Ya en 1910¹² dice que el estudio de la transferencia nos da la clave para entender la sugestión hipnótica; la transferencia es el "genuino portador del influjo terapéutico"¹², quizás habría que dejar un poco claro que el Psicoanálisis no crea la transferencia sino que solamente la revela a la conciencia y se toma de ella como guía de los procesos psíquicos hacia las metas deseadas. Así pues, tenemos que en una sugestión la transferencia a menudo basta por sí sola para eliminar los síntomas del padecimiento pero sólo temporalmente (1914); a diferencia del psicoanálisis que usa la intensidad de la transferencia para vencer las resistencias.

En 1916-17¹⁹ Freud hace una clara diferencia entre sugestión hipnótica y psicoanalítica. En sus conferencias expone que la hipnosis trata de

encubrir y tapar algo de la vida anímica, se utiliza la sugestión para poder prohibir los síntomas, refuerzan las represiones y por ende deja sin tocar todos los procesos que han llevado a la formación de síntomas. De esta forma la hipnosis deja a los pacientes inactivos e inmodificados, y en consecuencia también sin capacidad de resistir alguna nueva ocasión de enfermedad.

A diferencia de la sugestión, el psicoanálisis trabaja con la transferencia misma y ésta es descompuesta en cada una de sus formas de manifestación, se resuelve lo que se contraponen; se saca provecho de la sugestión guiando al enfermo hasta el punto en que él es asequible a su influencia. Pero no olvidemos que "la solución de sus conflictos y la superación de sus resistencias sólo se logra si le han dado las representaciones-expectativas que coinciden con su realidad exterior"²⁰.

Al finalizar una cura analítica la transferencia misma tiene que ser "desmontada" y si el éxito se mantiene no es gracias a la sugestión sino a que se han superado las resistencias (con la ayuda de la transferencia) y se ha logrado una transformación interior.

"La Transferencia ligada al concepto de la Resistencia"

En 1912 (Sobre la dinámica de la transferencia), Freud habla de la resistencia en relación con la situación psicológica del tratamiento y por ende en relación con la transferencia.

La psiconeurosis tiene como estricta condición la introversión de la libido, en ella una parte disminuye, (la que es susceptible de conciencia y vuelta hacia la realidad) y otra parte aumenta en el sector inconsciente, la libido (en todo o en parte) "se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imagos infantiles"¹⁴; recordemos que esa investidura no es libre y que seguirá unos modelos ya preestablecidos, pues bien, a esa libido que se ha internado la cura analítica la "sigue" hasta ese estado profundo tratando de atraparla, para que se vuelva de nuevo consciente y ponerla al servicio de la realidad objetiva; sin embargo, cuando la cura se enfrenta con esa libido arrinconada aparecen las dificultades, ya que las fuerzas que originaron la regresión de la libido, se levantan como resistencias a la cura y al trabajo, por ello la transferencia se vuelve resistencia.

Sabemos que la regresión de la libido tiene un justificante por haberse retirado del mundo exterior, hubo un momento en que la atracción por la realidad se debilitó.

Estas resistencias de origen no son las únicas ni las más poderosas, puesto que la libido disponible está siempre bajo la atracción de las partes de esos complejos que pertenecen al inconsciente; es decir no habiendo mucho de la atracción por la realidad hay entonces atracción por lo inconsciente, el análisis libra combate con ambas fuentes y cancela la represión de las pulsiones inconscientes. Freud no dice (1912) que "la resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento"¹⁴; en cualquier cosa que el paciente haga o diga se tiene que tomar en cuenta la resistencia, ya que se forma una especie de compromiso entre el intento de sanar y la enfermedad; al perseguir el complejo patógeno (hasta lo inc.) la resistencia está tan presente que la ocurrencia siguiente (del paciente) da cuenta de dicha resistencia, "en este punto según lo atestigua la experiencia sobreviene la transferencia"¹⁴. Y si hay material existente del complejo que se pueda transferir sobre la persona del médico, éste no se hace esperar, la transferencia se produce, "da por resultado la ocurrencia inmediata y se anuncia mediante los indicios de una resistencia"; así sabemos que la idea transferencial irrumpe hasta la conciencia a expensas de otras posibilidades porque se acata también a la resistencia, este proceso se repite

infinitamente a través de un análisis.

Dentro de un análisis se da la transferencia como modalidad de desfiguración, y posteriormente todos los conflictos tienen que librarse en definitiva sobre el terreno de la transferencia. Así la intensidad y tenacidad de la resistencia son un efecto y una expresión de esta última, y para esclarecer su papel en la cura habrá que profundizar en sus vínculos con la resistencia.

En 1914 ("Recordar, repetir y reelaborar")¹⁶, encontramos el concepto teórico de "compulsión a la repetición" relacionado con la transferencia y la resistencia, porque la transferencia misma es una parte de esa repetición y se realiza la transferencia del pasado olvidado.

Por otro lado, esa compulsión de repetir está bajo las condiciones de la resistencia y generalmente nos encontramos que a mayor resistencia mayor actuación.

En su artículo "Sobre el amor de transferencia" (1914)¹⁷, nos dice que las resistencias realmente serias son las que se tropiezan con el manejo de la transferencia, y precisamente una de ellas es el amor de transferencia donde dicha demanda trata de evitar que la cura prosiga, por lo tanto es una manifestación de resistencia; no olvidando que la resistencia no crea el

amor de transferencia sino que más bien se vale de él y exagera sus manifestaciones.

En sus "Conferencias" de 1917¹⁹ Freud habla de la transferencia como una de las resistencias más difíciles que el paciente crea dentro del análisis, ya que en ella se repiten actitudes y mociones afectivas en vez de recordar, también en la cura se puede pasar de la cooperación al rechazo y la apatía por el análisis, sobra decir que también esto en una sola palabra es resistencia, pero aun siendo tal nos es útil porque consta del material importante sobre el pasado del enfermo, "puede decirse también que son propiedades de carácter, actitudes del yo las que movilizan para luchar contra los cambios apetecidos"²⁰, estas propiedades de carácter se formaron en conexión con las condiciones de la neurosis y como reacción frente a sus reclamos.

Por muy difícil que sea la aparición de las resistencias, éstas no son una amenaza para el análisis, ellas tienen que salir forzosamente, el vencerlas "es la operación esencial del análisis y la única pieza de trabajo que nos asegura que hemos conseguido algo con el enfermo"¹⁹.

La tarea es difícil porque el enfermo toma "todo suceso externo que pueda distraer la tarea"¹⁹; se vale de todas las contingencias que surgen y las explota convirtiéndolas en un obstáculo,

aprovecha cualquier motivo para ceder en su empeño, en su mejoría de estado, y todo esto nos da a nosotros un panorama de la forma y los medios de que se vale la resistencia, dicha lucha se da en todo análisis y esa resistencia que se opone a la manifestación de los síntomas es la base de la dinámica de la neurosis.

La transferencia está presente desde el comienzo del tratamiento y cuando ésta opera en favor del análisis no se toma en cuenta ya que nada se registra de ella, se le pone atención cuando modifica su relación con la cura y se transforma en resistencia bajo dos condiciones diferentes (1917)¹⁹:

1. Cuando la inclinación tierna se ha hecho tan fuerte que ha dejado entrever las señales de su procedencia de la necesidad sexual con lo que se suscita una resistencia interior contra ella.
2. Cuando en vez de mociones tiernas prevalecen las mociones hostiles, es decir las resistencias se transforman en transferencias negativas.

La transferencia es un campo de batalla donde se libran entre sí diferentes fuerzas, y contra lo que se libra batalla es:

- a) Con la repugnancia del yo hacia ciertas orientaciones de la libido que no quiere abandonar los objetos

que una vez invistió. En 1925 Freud nos dice que cuando la transferencia se ha hecho apasionada o se ha convertido en hostilidad pasa a convertirse en el principal instrumento de la resistencia.

En este caso se pueden paralizar las ocurrencias del paciente y el éxito del tratamiento se pone en peligro, pero sería una torpeza querer evitarlo, "un análisis sin transferencia sería una imposibilidad"²⁴; **la pieza decisiva del trabajo se logra cuando en la transferencia se crean versiones nuevas de un viejo conflicto.**

Dentro del tratamiento, el analista hace conciente al enfermo de su transferencia y se resuelve cuando puede convencerlo de que su conducta de transferencia revivencia relaciones de sentimientos que provienen de las más tempranas investiduras de objeto y que se derivan del periodo reprimido de su infancia; con esta vuelta (wendug) la transferencia en vez de ser el arma más poderosa de la resistencia se vuelve el mejor instrumento de la cura analítica.

En 1926 (Inhibición, síntoma y angustia) Freud expone las 5 clases de resistencias con las que nos topamos en el análisis, y que provienen del yo, del ello y del superyo. Es el yo la fuente de 3 formas de ella, diferentes por su dinámica. Estas son:

-
-
1. La resistencia de la represión.
 2. La resistencia de transferencia de naturaleza idéntica, pero que crea fenómenos diversos estableciendo un vínculo con la situación analítica y reanimando como presente lo que debía ser recordado.
 3. La ganancia de la enfermedad que se basa en la integración de síntoma en el yo, hay resistencia a renunciar a una satisfacción.
 4. La cuarta clase de resistencia proviene del ello y es la responsable de la compulsión a la repetición.
 5. Proviene del superyo, es la más oscura pero no la más débil, se origina de la conciencia de culpa o necesidad de castigo oponiéndose a todo éxito y a la curación mediante el análisis.

En 1940²⁸ Freud reintegra que la parte del trabajo analítico más difícil es vencer las resistencias, pero una vez logrado puede haber una alteración del yo que se conserva independientemente del resultado de la transferencia. Quizás habría que agregar que los enunciados de transferencia dieron a múltiples interpretaciones yoicas, superyoicas y lacanianas.

Y ya para terminar, haciendo un breve resumen, vemos que la resistencia se

presenta en relación con la transferencia, teniendo que ver con la proximidad del conflicto inconsciente, pensemos por otro lado la resistencia como una defensa permanente de la estructura del aparato psíquico, con ese aspecto defensivo ejercido por el yo, (aunque como lo habíamos dicho, no todas las defensas provienen del yo).

La resistencia proviene de los mismos estratos psíquicos que en su tiempo produjeron la represión; los mecanismos de defensa que habían trabajado contra los antiguos peligros retornan ahora en la cura en formas de resistencias a la curación, y ésta es vista por el yo como un (viejo-)nuevo peligro.

Hay que dejar presente que la resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento, acompaña la ocurrencia del paciente y aparece la transferencia como modalidad de desfiguración, creando versiones recientes de un viejo conflicto.

Recordemos que intensidad y tenacidad de la resistencia son un efecto y expresión de la transferencia (y por lo tanto de la compulsión a la repetición).

Las formas de expresión de la resistencia pueden ser múltiples y provienen de diferentes estratos (como lo hemos expuesto) siendo la base dinámica de las neurosis.

"La compulsión de repetición y la forma en que opera el tratamiento ligada a la transferencia"

En su artículo "Sobre la dinámica de la transferencia" (1912), Freud expone que el fenómeno de la compulsión se origina: "por disposiciones innatas más influjos que se reciben en la infancia, se adquiere algo específico y determinado en cuanto al ejercicio de la vida amorosa"¹⁴, de esta manera se establecen condiciones de amor, así como las pulsiones que se satisfacen y las metas que han de fijarse.

Hablamos de que todo este conjunto forma un "cliché" (o varios) que se repiten de manera regular a través de la vida cuando las circunstancias lo permite; pero tampoco olvidemos que no se mantienen inmutables a impresiones recientes.

Se dice que solamente una parte de estas mociones (las determinantes de la vida amorosa) han tenido un desarrollo psíquico normal, por lo que tienen una realidad objetiva y pertenecen a la realidad consciente, más sin embargo existe la otra parte que se ha retardado en su desarrollo, creciendo en la fantasía y permaneciendo por entero en lo inconsciente.

Cuando en la realidad la necesidad de amor no está satisfecha, las dos

porciones de la libido, es decir la consciente y la inconsciente, se vuelcan sobre cada persona nueva que aparece, por ejemplo en el caso del análisis, sobre el médico. Recalquemos que esta investidura no es libre, sino que más bien seguirá unos modelos preestablecidos, "se anudará a unos clichés preexistentes en la persona en cuestión"¹⁴, o en otras palabras "se insertará al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta el momento"¹⁴. Con ello deducimos que la transferencia tampoco está atada a ningún modelo y "no sólo las representaciones expectativas conscientes, sino también las rezagadas o inconscientes han producido la transferencia".

Diremos que las mociones inconscientes no quieren ser sólo recordadas, sino que siempre luchan por reproducirse tal cual; es decir, acorde a la temporalidad y a la capacidad de alucinación de lo inconsciente, y entre este recordar y querer actuar, entre el intelecto y la vida pulsional, se da la lucha que se desarrolla casi exclusivamente en torno de los fenómenos transferenciales.

Siguiendo con el tema, en 1914 en su

artículo "Recordar, repetir y reelaborar" aparece por primera vez el concepto de compulsión a la repetición, ahí se expone que "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 lo que hace"¹⁶.

Freud nos dice que el analizado comienza la cura con una repetición así, y como decíamos en vez de recordar se entrega a dicha compulsión sobre e médico y sobre todo lo relacionado con su vida; se dice que es precisamente esta compulsión de repetición la que está relacionada con la transferencia (y la resistencia), pero para tratar de entender un poco más el cómo se ligan los conceptos; quizás hay que tomar en cuenta que son las resistencias las que determinan lo que se repetirá; el paciente repite "sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter"¹⁴ y en general sus síntomas durante el tratamiento. En 1920 (Más allá del principio del placer)²¹, Freud escribe que este repetir contiene generalmente fragmentos de la vida sexual infantil y por consiguiente del Complejo de Edipo y sus ramificaciones, (todo ello se "escenifica" en la transferencia).

Tengamos presente que esta repetición no termina cuando se comienza el análisis, porque es un "poder actual" que no se puede evitar, en realidad esto

no se toma como un episodio histórico, sino más bien es algo que se vive como lo real-objetivo y actual.

El hacer repetir en análisis es "convocar un fragmento de la vida real"¹⁴, por lo que a veces no es del todo inofensivo, de aquí proviene el inevitable empeoramiento durante la cura.

A veces los actos del paciente fuera de la transferencia pueden tener perjuicios y daños severos para su vida.

Generalmente el médico "no puede ahorrar al analizado esta fase de cura"²¹; tiene que dejarle revivenciar y al mismo tiempo dejar que reflexione en ese pasado olvidado.

Como decíamos el enfermo repite en la transferencia situaciones afectivas dolorosas, eran pulsiones destinadas a producir placer pero en aquel momento sucedió lo contrario, sin embargo se repite a pesar de todo, ..."una compulsión esfuerza a ello"²¹ (pulsión de muerte); dicha compulsión se empeña en resistirse al médico y a la cura (1916), Freud nos dice que en el análisis esto se transparenta cuando el enfermo insiste continuamente en interrumpir la cura que todavía está incompleta, o se las arregla para producir situaciones en donde de nuevo tiene la impresión del desaire, el rechazo, la ofensa, los celos. En personas "no neuróticas" ese "retorno

eterno de lo igual"²¹ puede aparecer como un destino fatal que persigue implacablemente. El enfermo que repite en la transferencia o en la vida diaria los fragmentos del periodo infantil "se sitúa en todos los sentidos más allá del principio del placer"²¹; este comportamiento infantil nos puede dar cuenta de que las huellas mnémicas reprimidas (de sus vivencias pasadas) no están en su interior en estado ligado y no son susceptibles del proceso secundario. Y por lo mismo que no están ligadas, pueden formar (adhiriéndose a los restos diurnos) una fantasía de deseo que su figuración en el sueño.

En 1923²² Freud expone que esas vivencias penosas que se reproducen en la compulsión anula el esfuerzo de desalojo (quien lo intentaba para el principio de placer), aunque no olvidemos que esto no ocurre antes que "el trabajo solicitante de la cura haya aflojado la represión"²²; es la transferencia positiva la que presta auxilio a la compulsión de repetición logrando una alianza entre la cura y la compulsión, quien se dirige contra el principio de placer y su última intención es instaurar el gobierno de principio de realidad. Pero sucede con mucha frecuencia que dicha compulsión se zafa de aquel pacto y no se contenta solamente con el retorno de lo reprimido en el sueño (en forma de imágenes oníricas), sino que desea ir aún más allá.

Y para terminar, quisiéramos hacer notar que aunque aquí manejamos la noción de "compulsión a la repetición", dicho concepto a pesar de ser central nos resulta difícil de delimitar, no sólo por su acepción estricta sino también por su problemática propia por cuanto participa de la investigación especulativa hecha por Freud (en ese momento), con sus dudas, sus "callejones sin salida" e incluso sus contradicciones. Es sabido en su ensayo "Más allá del principio del placer" (1920) que Freud somete a discusión los conceptos fundamentales de su teoría.

Y finalmente habría que pensar que transferencia y repetición se enlazan y se manifiestan respectivamente a través del recuerdo y del actuar; y aunque a veces parece que se diluyen una y otra, hay diferencias entre ambas y se les maneja como conceptos diferentes.

Por un lado la repetición tiene que ver con aquello que no cesa de inscribirse (con lo real), con algo siempre fallido, y es por ello que se repite precisamente ese fracaso del encuentro imposible (aunque también se demande lo nuevo); y por el otro lado queremos subrayar que la transferencia no es repetición eterna condenada al mismo fracaso, sino que también implica lo nuevo; de ahí su carácter bifásico, es el obstáculo pero al mismo tiempo el motor de la cura, es repetir "lo viejo" y paralelamente repetir en lo nuevo, en

algo que no estaba y que dirigido a aquel que lo escucha es un fenómeno del inconsciente (referido al analista)

que posibilita una producción subjetiva diferente.

"Transferencia y amor de transferencia"

Para hablar de amor de transferencia habrá que recordar que en la psiconeurosis hay una represión de un fragmento de la vida pulsional (sexual) donde cualquier intento de introducir a la conciencia la causa inconsciente y reprimida produce un combate y fenómenos reactivos; en 1907 Freud explica que el proceso de restablecimiento "es una recidiva (sic) de amor"⁹ y los síntomas que son unos precipitados de las luchas anteriores por la represión o por el retorno se solucionan mediante una "nueva marejada de esas mismas pulsiones"⁹; "todo tratamiento psicoanalítico es un intento de poner en libertad un amor reprimido que había hallado en un síntoma una lamentable escapatoria de compromiso"⁹.

En 1910 Freud nos dice que esa transferencia que se vuelca sobre el médico es un "exceso de mociones tiernas, contaminadas hartas veces de hostilidad y que no se fundan en ningún vínculo real"¹¹ sino que se derivan de antiguos deseos sexuales fantaseados que han devenido en inconscientes, los

síntomas son unos "precipitados de tempranas vivencias amorosas" y sólo se pueden solucionar y transportar a otros productos psíquicos "en elevada temperatura de la vivencia de la transferencia"¹², como decía Ferenczi "el médico desempeña en esta reacción el papel de una fermento catalítico" que en forma temporal atrae los efectos hacia sí y que libremente devienen a raíz del proceso. Ya en 1914 en su artículo "Sobre el amor de transferencia"¹⁷ expone ampliamente dicho fenómeno y nos dice que el amor de transferencia en el análisis implica una situación que tiene un condicionamiento múltiple, inevitable y de solución difícil, sobreviene cuando la paciente que anteriormente acataba todas las órdenes, asociando y cooperando en la cura, de repente transforma todo esto en lo contrario, es decir pierde todo interés y cooperación por la cura, desprecia sus síntomas y se declara sana, ... es algo que irrumpe súbita y bruscamente y ese algo es una demanda de amor, dicha demanda evita que la cusa prosiga, por lo tanto es la manifestación de una resistencia; ese

enamoramamiento sobreviene justo cuando era necesario que la paciente tenía que recordar un fragmento muy doloroso y fuertemente reprimido de su vida. En realidad el estado amoroso ya existía, ahí estaba en silencio y agazapado, después llega el momento preciso en que la resistencia lo usa para evitar que la cura siga su curso; opera como un agente provocador que aumenta el enamoramamiento "y exagera la buena disposición a la entrega sexual a fin de justificar ...la acción eficaz de la represión"¹⁷, "hay que dejar subsistir en el paciente necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionales del trabajo y la alteración y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados"¹² es decir, no hay que desviar o ahuyentar la transferencia amorosa lo mismo que corresponderla, se debe retener tratándola como algo no real, como una sustitución necesaria por la que tiene que atravesar la cura, ya que esta transferencia tiene que ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y llevar a conciencia lo reprimido para poder dominarla.

Así cuando la represión de lo sexual no es cancelada, la paciente tendrá confianza para sacar todas las condiciones de amor con sus fantasías y características que nos llevan hacia los fundamentos infantiles de su amor.

Esta demanda de amor es un conjunto

de repeticiones y calcos de reacciones anteriores, Freud nos dice que "consta de reediciones y rasgos antiguos y repite reacciones infantiles"¹⁷.

Hay que aclarar que la resistencia no crea el amor de transferencia sino que más bien se vale de él y exagera sus manifestaciones, dicho amor quizás a diferencia del normal es más nítido en su dependencia que el modelo infantil, se muestra menos flexible e inmodificable, es provocado por la situación analítica y "es empujado hacia arriba por la resistencia que gobierna a esta situación"¹⁹; tampoco tiene mucho miramiento por la realidad objetiva, pero a fin de cuentas el enamoramamiento fuera del análisis también presenta las mismas características.

Dentro de la relación amorosa el paciente desde cierta posición pregunta por el deseo del analista, por el deseo del Otro, por ello decimos que toda demanda de amor se juega en la transferencia y hay que recalcar que como toda demanda se actualiza pero también implica lo nuevo, porque el analista al no llenar el vacío asume dicha carencia, ofreciendo ese lugar vacante para que el deseo del paciente se realice como deseo del Otro (desde Lacan, el analista señala el significante faltante), y así dentro de la transferencia amorosa se crean versiones nuevas del viejo conflicto.

"Neurosis de transferencia"

Se ha dicho que el principal medio con que se cuenta para tratar de manejar la compulsión de repetición del paciente, (con el fin de que se transmutara en recuerdo) está en el manejo de la transferencia.

En sus "Nuevos consejos" (1914)¹⁷ Freud explica que en la transferencia a esta compulsión de repetición del paciente se le daría el derecho de ser tolerada, se le permitiría desarrollarse con toda libertad escenificando en ella todo pulsionar patógeno. Con ello, se trataría de intentar dar a los síntomas un nuevo significado transferencial, es decir, habría un cambio de neurosis común por una neurosis de transferencia, a la que se intentaría "curar" con el trabajo terapéutico.

La transferencia crea así "un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquélla a ésta"¹⁷. Así, se supone, que la nueva neurosis de transferencia se volvería más accesible para la intervención analítica, puesto que asume todos los caracteres de la enfermedad y es también a la par un fragmento del vivenciar real objetivo.

De esas reacciones de repetición, suponemos que se darían luego, los caminos que llevarían al despertar de los recuerdos, los cuales sobrevienen

fácilmente si son vencidas las resistencias.

Habría que recalcar por otro lado, el manejo de la transferencia por el terapeuta, sin olvidar que en la transferencia están implicados precisamente ambos: el analizante y el analista.

Dentro del proceso analítico el deseo se apodera del analista (momento crucial), con lo que atrae hacia sí las representaciones reprimidas del paciente, (las cuales son liberadas en el proceso de la cura); el analista funge como significante, como sustitución significativa, como "resto diurno", y como tal entra en la economía psíquica del paciente, es gracias a esto que el paciente puede insertar al médico "en una de sus series psíquicas" ... "en uno de los clichés que se repiten" (1912).

Siguiendo con el tema, Freud nos dice en sus conferencias de 1916¹⁹ que la enfermedad del paciente no es algo terminado, sino que sigue creciendo, desarrollándose. El comienzo de un tratamiento no hace que la enfermedad cese, sucede más bien que "toda la **producción nueva** de la enfermedad se concentra en un único lugar, a saber la relación con el médico"¹⁹; cuando ello sucede el trabajo con los recuerdos del enfermo queda muy relegado.

Como decíamos ya no se trata precisamente de la enfermedad anterior, sino más bien de una neurosis que reemplaza a la primera, es una neurosis "recreada" y en lugar de los objetos libidinales irreales, es el médico el único objeto fantaseado; esta lucha en torno de este objeto es elevada y gracias a la sugestión transcurre como conflicto anímico normal. Freud expone que cuando la libido se vuelve a desatar de ese objeto provisional ya no puede volver atrás a sus objetos primeros y queda al ser vicio del yo.

Sería importante decir que a esta "nueva edición" de la afección antigua se le podría vislumbrar desde sus

"Transferencia positiva y negativa"

En 1907⁹, Freud expone que "en la psicoterapia analítica la pasión vuelta a despertar trátese de amor o de odio, escoge siempre como objeto a la persona del médico"⁹; ya en 1912 explica más ampliamente los dos tipos de transferencia¹⁴ (o diríamos más bien de modalidades). Para establecer el papel de transferencia en la cura se tiene que profundizar en sus vínculos con la resistencia; ..."al fin uno cae en la cuenta que no puede comprender el empleo de la transferencia como resistencia mientras piense en una

primeros brotes, se trataría de observar su crecimiento con todas sus peculiaridades, y esto resultaría ventajoso para el analista, porque es él mismo el que en calidad de objeto está situado en su centro. De esta manera los síntomas abandonan su significado originario y se incorporan a un **sentido nuevo** que consiste en un vínculo con la transferencia o bien sólo subsisten algunos síntomas y otros admiten dicha remodelación.

Cerramos diciendo: "Si se logra domeñar esta nueva neurosis artificial, se logra finiquitar la enfermedad que se trajo a la cura"¹⁹.

transferencia a secas"¹⁴, es necesario -afirma Freud- tratar por separado los dos "tipos" de transferencia que se dan sobre el médico, es decir: la positiva, que incluye sentimientos amistosos o tiernos, concientes o inconscientes, los cuales se originan de fuentes eróticas y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual; y la negativa que se convierte en tal cuando aparece como resistencia dentro de la cura.

Se supone que cuando se cancela la transferencia haciéndola conciente,

zafamos de la persona del médico esos dos componentes del acto de sentimiento.

Por otro lado recordemos que "el temprano divorcio de los pares opuestos"¹⁴ es una de las características de la vida pulsional de la neurosis obsesiva, es una ambivalencia de sentimientos donde la transferencia positiva y negativa van dirigidas simultáneamente a la misma persona, y esa ambivalencia nos podría dar para tratar de explicar la inclinación de los neuróticos para poner su transferencia al servicio de la resistencia.

Ahora volvamos a la transferencia positiva para explayarnos más en ella; Freud escribe en 1914¹⁷ que cuando la cura comienza con el efecto de una transferencia positiva da cabida a que pueda profundizarse en el recuerdo; en este periodo los síntomas patológicos no hacen del todo su aparición, al paciente (1917)¹⁷ en principio le interesa encontrar una salida para sus conflictos patológicos, manifestando un interés muy especial hacia el médico y todo lo que respecta a su persona, por lo que muestra muchas manifestaciones agradables. de toda índole; en ese entonces el trato con el paciente no es difícil, se pueden hacer progresos ya que el paciente comprende, profundiza en las tareas de la cura y el material de recuerdos afluye en abundancia. "Al buen entendimiento durante el trabajo analítico corresponde también una

mejoría objetiva del estado patológico por todos reconocida"⁹. Entonces tenemos que cuando la transferencia es tierna y moderada pasa a ser en un momento dado el soporte impulsor del trabajo analítico en común"²⁴ (1925), la transferencia reemplaza en el paciente el deseo de sanar.

El enfermo libra batalla tras batalla el conflicto normal con las resistencias y su relación con el médico es lo que pudiera decidir el resultado, es la transferencia positiva, -como decíamos- la que reviste al médico de autoridad y gracias a ella el enfermo cree en sus comunicaciones y concepciones, ..."es un retoño de amor y al comienzo no necesitó argumentos, sólo más tarde admitió examinarlos siempre que le fueran presentados por una persona amada"¹⁹. Hay que hacer hincapié en que si el neurótico trabaja porque adopta esa particular actitud afectiva, ese influjo sugestivo no es para sofocar los síntomas (1926)²⁵, sino más bien se haría uso de él para mover al yo a superar sus resistencias. En 1913¹⁷ también se toma en cuenta el interés intelectual y la inteligencia del enfermo como otra de las fuerzas que el análisis tiene a su favor; aunque las resistencias lo amenacen continuamente.

Por otro lado la instrucción (debido a la comunicación) sería válida sólo en la medida en que fuera movida a través de la transferencia; por eso mismo hay

que tomar en cuenta que la primera comunicación se debería hacer una vez establecida una fuerte transferencia y las posteriores se harían después de que se pudiera eliminar en cada caso "la perturbación producida por la aparición, siguiendo una serie de resistencias transferenciales"¹⁷.

Ahora hablemos un poco más de la transferencia negativa; si posteriormente se pasa a ella y se necesita de la represión, entonces se cambia el recordar por el actuar (1914)¹⁶.

En sus conferencias¹⁹ Freud nos dice que "un buen tiempo es imposible que perdure para siempre"; es decir, las dificultades durante el tratamiento aparecen pronto, ...al paciente ya nada se le ocurre, es una violenta resistencia y la causa de la perturbación es que el paciente ha transferido sentimientos intensos de ternura u hostilidad que no se justifican de la relación nacida de la cura; mujeres casadas y solteras manifiestan que: "siempre habían sabido de que sólo por el amor podían sanar y desde el comienzo del tratamiento esperaron que ese lazo les deparase como regalo lo que la vida hasta entonces les había negado; sólo sostenidas por esta esperanza se habrían empeñado tanto en la cura y superado todas las dificultades de la comunicación y creído tan fácilmente todo lo que de otro modo es tan difícil creer"¹⁹.

En el caso de los hombres las cosas no ocurren muy distintas respecto del caso de las mujeres; se presenta la misma relación con el médico, la sobreestimación de sus cualidades, e abandono del interés y los celos. Se dice que quizás las formas más sublimadas de la transferencia son más frecuentes entre hombre y hombre y más rara la demanda sexual directa, con una constante manifestación de la transferencia hostil o negativa. En 1937²⁴ Freud se explaya diciendo que una de las más fuertes resistencias transferenciales se derivan de la sobrecompensación desafiante del hombre, ya que éste no quiere someterse a un sustituto de padre para no tener la obligación de agradecerle, por lo que no acepta del médico la curación; en cambio en la mujer no se establece este tipo de transferencia, sino que en ella hay un deseo de pene, de aquí se derivan estallidos de depresión grave porque interiormente está convencida de que la cura no servirá para nada y que no hay remedio posible; generalmente el más intenso deseo que la esforzó a la cura era la esperanza de recibir el órgano masculino que echa de menos dolidamente.

En 1925²⁴ Freud expone que la transferencia ya sea positiva o negativa puede variar en grados e ir desde su enamoramiento apasionado "hasta la expresión extrema de rebeldía, encono y odio". Y encontramos que siempre

"es inequívoca su proveniencia de la misma fuente" (1912)²⁴.

Para cerrar este tema quisiéramos hacer hincapié que aunque aquí analizamos por separado la transferencia positiva y negativa, habría que hacer notar que no se trata de dos tipos distintos de transferencia en forma tajante, sino que más bien se toma a la transferencia como fenómeno único con sus diferentes modalidades, manifestaciones y efectos. Aunque no obstante Freud habla de ellas en forma separada al mismo tiempo también recomienda que hay que desglosar la

transferencia para poder analizar por separado sus manifestaciones; y esto nos está hablando de que en última instancia la transferencia es una.

En realidad lo que se mueve aquí son manifestaciones de sentimientos de esa polaridad amor-odio, de esa ambivalencia pulsional. Y no habría que perder de vista que las palabras positivo y negativo califican la naturaleza de los afectos transferidos y no una repercusión, (ya sea favorable o desfavorable) de la transferencia sobre la cura.

"El problema de la transferencia en la psicosis"

En 1915, en su artículo sobre lo inconsciente¹⁸ Freud explica cómo en la neurosis se tiene capacidad para la transferencia, ya que "presuponen una imperturbada investidura de objeto"¹⁸. Y esto se aprovecha terapéuticamente; sin embargo en la esquizofrenia es diferente, en ella tras el proceso de la represión, la libido quitada no busca un nuevo objeto, sino que se recoge en el yo, por lo que se resignan las investiduras de objeto y se crea un estado de narcisismo primitivo carente de objeto. Al resignarse las investiduras de objeto aparece una repulsa por el mundo exterior, una

apatía total, por lo que dichos pacientes tienen una incapacidad para la transferencia¹⁸, "en la esquizofrenia se exterioriza como conciente mucho de lo que en las neurosis de transferencia sólo puede pesquizarse en el inconsciente por medio del psicoanálisis"¹⁸.

En 1917¹⁹ expone que los pacientes con neurosis narcisísticas no tienen tampoco capacidad para la transferencia o sólo unos restos insuficientes de ella. Les es indiferente al médico por lo que éste no puede influirlos renovando el conflicto

patógeno y la superación de la resistencia de la represión; estos enfermos se han asignado la investidura de objeto, trasponiéndose la libido de objeto en libido yoica.

Cuando la inclinación a la transferencia falta o se vuelve por entero negativa, no hay posibilidad alguna de ejercer una influencia psíquica sobre el enfermo, como por ejemplo en la paranoia y en la demencia praecox (1925)²⁴.

Hasta aquí Freud nos expone que en la psicosis no existe ninguna posibilidad de transferencia, sin embargo esto no lo tomamos como una afirmación definitiva, más bien quisiéramos dejarla como una pregunta abierta: ¿No existe transferencia en la psicosis? Recordemos que el trabajo

psicoanalítico posterior nos habla ya de una transferencia masiva en la psicosis; y por otro lado no olvidemos que el mismo Freud nunca se aferró rígidamente a sus conceptos teóricos, quizás él mismo en su trabajo "Sobre el caso Schreber" (1910-1911) deja abierta toda una posibilidad de indagación analítica (en este caso de la paranoia); ahí se analiza el problema desde el punto de vista de la relación entre las catexias libidinales y las catexias de las pulsiones del yo (interés) sobre el objeto. Esto puede ser un punto de partida o el principio del hilo para tratar de dar una respuesta a la posibilidad de transferencia en la psicosis. Este tema es tan complejo que daría para otro tema de tesis; pero no profundizamos en él ya que no es la finalidad de esta tesis.

CONCLUSIONES

Cuando uno ha leído lo hecho, se le vienen a la mente conceptos que podrían faltar, textos que podrían enriquecer, carencias, desventajas, y un sinfín de ideas que harían que uno no terminara nunca. Lo mejor será pensar que este trabajo sólo significa un momento de nuestra formación psicoanalítica y es un paso más para seguir adelante.

Quizá al final de todo esto diría que de todas maneras la Transferencia no es fácil de definir. Hablando en forma general, es la movilización del inconsciente en relación con el analista. "Es prudente no buscar demasiadas precisiones, pues la Transferencia es lo no-teorizable del análisis"³², la teorización de ella nos sirve sólo como un control; "ella es como un recinto, un continente capaz de mantener unido lo que hay de "delirante" en la Transferencia, el sueño y la interpretación"³².

En estas conclusiones haremos una breve descripción de los pasos que siguió Freud que fueron importantes para la formación del concepto. También comentaremos brevemente cómo Freud fue conducido por sus propios pacientes (tomando sólo algunos casos) para determinar dicho concepto.

Remontémonos a las primeras épocas del psicoanálisis donde Freud adopta al principio la postura de Charcot para

tiempo después romper con ella y seguir su propio camino. A diferencia de Janet y Charcot quienes se detienen en la experimentación y la descripción, Freud opta mejor por hacerse terapeuta y así poner la investigación al servicio del paciente.

Recordemos que la clínica de Charcot se basaba en la observación y en la descripción más que en términos de saber, su mirada sobre la histeria "era una mirada constituyente que cerraba el conjunto del saber sobre sí mismo; no era necesario conceptualizar porque no había nada más allá de esa tela que revelaba todo lo que era visible. La histeria cabía completamente en esa mirada"³⁰. Pero Freud no se queda detenido en "ese mirar", sino que todo lo contrario, renuncia a no mirar más, a la acción del hipnotizador, a no dominar más una situación por la mirada, Freud más bien la sufre. De esta resignación nacerán posteriormente cosas nuevas.

En aquellos tiempos (psicoanalíticos) para los neurólogos no existía la histeria, no era tomada en serio, y sin embargo nace y existe para el psicoanálisis... en el encuentro entre Freud y las histéricas se da lugar a la primacía de un discurso que es enunciado por un sujeto escindido "que sólo puede ser sujetado"³⁰.

Así, el discurso de las histéricas funcionó como un resto (un resto

diurno), que entró en conexión con el deseo inconsciente; de tal manera que las histéricas podían proyectar sus fantasías inconscientes sobre una figura (en este caso Freud) que representaba analogías profundas, parecidas a las suyas, y a su vez Freud por sucesivas revelaciones iba encontrando en sí mismo la verdad que la histérica le daba a ver. Así la histeria le enseñó el camino del inconsciente, el acceso de un saber inconsciente.

Cuando Freud se desprende de la teoría de Charcot da posteriormente un lugar especial al trauma; abandona la idea de "degeneración" (de Janet) y considera al trauma como algo muy importante dentro de la historia de la histeria. Toma en cuenta entonces los factores etiológicos revelados en el análisis y con esta búsqueda Freud trazará los cuadros clínicos.

Posteriormente (aproximadamente 1890) Freud pone su atención en el poder que conllevan las palabras dentro del tratamiento psíquico, tomando en cuenta el lenguaje de la histeria en donde la representación visual de la cosa inconsciente es revestida por el afecto; así nació la situación analítica donde la histeria se hizo oír transformando sus actos y convulsiones en palabras.

En 1895 Freud atribuye a la sexualidad un papel especial dentro de la patogenia de las neurosis, razón por la cual se

aparta de Breuer y se encuentra en oposición a Charcot y a Janet; sus "Tres Ensayos"⁸ marcarán definitivamente la ubicación de la sexualidad en relación a la histeria. Al señalar Freud la importancia de esto, revela con ello la dinámica que se pone en juego en el comportamiento histérico, donde la libido y sus fantasmas se remiten siempre a aspectos infantiles de la sexualidad, donde ésta busca por medio de la estrategia histérica la no aceptación al problema de la castración.

Más tarde las investigaciones condujeron a Freud a reconocer el fantasma inconsciente y a la vez asignarle ahora los poderes patógenos que antes le atribuía al trauma. Recordemos por ejemplo su carta dirigida a Fliess donde escribe: "ya no creo más en mi 'neurótica' " (Carta 69)¹.

Después de abandonar el análisis catártico y el de la sugestión (con imposición de manos), ya que tanto el método como el procedimiento no eran constantes, Freud se cuestiona sobre las perturbaciones en la relación paciente-médico, de tal forma que sus dificultades y fracasos en esta relación fueron puntos de partida para su investigación tanto en teoría como en técnica.

En sus estudios sobre la histeria (1893-5)⁵ aparecen diferentes aspectos

relacionados con la Transferencia; por ejemplo encontramos la idea de disminuir la resistencia, la defensa del yo. Por otro lado Freud da mucha importancia a la relación paciente-médico. También habló sobre las disposiciones amistosas u hostiles del paciente (lo que llegará a ser posteriormente Transferencia positiva y negativa) entre los factores que permitirían superar la resistencia, pero en todo este texto habría que subrayar que en él Freud tiene una idea más precisa relacionada con la Transferencia, al decir (pág. 59) que dentro del tratamiento hay que superar una fuerza psíquica que se da en el paciente, oponiéndose al reconocimiento consciente de la representación patógena. Freud deduce que esa energía psíquica, tenía que ser la misma que había contribuido a la génesis de los síntomas histéricos, y que es al mismo tiempo la que en su momento impide que el paciente se percate conscientemente de la representación patógena.

Muestra también que dicha energía psíquica en realidad es la defensa del yo contra representaciones que por su naturaleza provocan afectos displacenteros; y en cuanto se entra a la región de la organización patógena que contiene la etiología del síntoma, éste "interviene" en la situación, es decir, hace su aparición de nuevo, en forma intensificada acompañando así la labor analítica con oscilaciones especialmente

características que serán instructivas para el médico.

Así tenemos que en "Los Estudios sobre la Histeria"⁵, Freud tenía ya una idea clara sobre la génesis de la Transferencia así como de toda la importancia que reviste tanto para la terapia como para la técnica; aunque no tiene aún tan bien definido el concepto como lo lograría tener después, encontramos en este texto las semillas, las ideas iniciales en forma latente que posteriormente serán desarrolladas en la "Interpretación de los Sueños" (1900) y en el caso "Dora" (1905).

En "Los Estudios"⁵ la Transferencia es vista como un obstáculo y es explicada por medio del desplazamiento y la repetición; en "La Traumdeutung" (1900), la Transferencia en los sueños es presentada como una representación inconsciente, que al no poder ingresar en el preconscious, entra en conexión con una representación inofensiva; así, las representaciones reprimidas transfieren sobre elementos nimios e indiferentes los que menos temen a la censura de la resistencia.

En la Transferencia de los sueños hay desplazamiento de las representaciones en el campo del deseo inconsciente; hay elementos "vacíos de sentido", "restos diurnos" que el deseo utiliza de tal manera que el analista como "significante" viene a ser ese elemento "vacío de sentido" que el paciente

insertará en uno de sus "clichés" que se repiten una y otra vez.

De tal manera, tenemos que el sueño (la vía regia de acceso al inconsciente), los restos diurnos indiferentes, recientes o inconclusos, presentan una analogía estructural (no de contenido), "en el sentido de lo no realizado, con el deseo inconsciente"³⁰.

Entre 1904 y 1908 Freud retoma y profundiza en concepto de resistencia ligándolo con el de Transferencia. Freud se da cuenta que no se puede concebir un análisis sin resistencias y que es justamente la misma situación analítica lo que hace que aparezca la resistencia como un síntoma, como una estructura; y al tratar de decifrar lo que ocurre se accede a la dimensión de lo que es el campo de lo inconsciente.

En 1912 en su artículo "Sobre la dinámica de la Transferencia"¹⁵ hablará de que la Transferencia ya sea como sugestión o como amor (de Transferencia) incluyen la resistencia; así el analista deduciría, reconocería que hay una Transferencia porque hay resistencia. Así pues, dentro del análisis, la Transferencia es un agente de la resistencia, y ello se comprueba con el hecho de que cuando la resistencia alcanza su máxima intensidad hay una detención en las asociaciones del paciente. Posteriormente Freud da cuenta de la Transferencia positiva y negativa para explicar el porqué la

Transferencia se toma de la resistencia, y nos dice que "la Transferencia sólo desempeña el papel de una resistencia en la medida en que es una Transferencia negativa o bien una positiva compuesta por elementos eróticos reprimidos. Cuando "liquidamos" la Transferencia haciéndola consciente, apartamos simplemente de la persona del médico estos dos componentes de la relación afectiva; el elemento inatacable capaz de hacerse consciente, subsiste"¹⁴, y de esta manera puede ser analizado.

Freud también nos dice que las reacciones provocadas sacan a la luz ciertos caracteres de los procesos inconscientes, que tratan de escapar a la rememoración y que "intentan reproducirse conforme al desprecio del tiempo y la capacidad de alucinación propios de lo inconsciente"¹⁴.

Al igual que los sueños, el paciente le da a esas mociones inconscientes un carácter de actualidad y realidad: "quiere poner en acto sus pasiones sin tener en cuenta la situación real"¹⁴. Será a través de la Transferencia como puesta en acto de la realidad del inconsciente, que el paciente podrá hacer algo diferente con su compulsión repetitiva.

La Transferencia incluye pues, este aspecto bifásico y paradójico señalado por Freud cuando decía que la Transferencia es, al mismo tiempo, el

obstáculo y la única arma que se tiene para vencer la resistencia.

Habíamos dicho que el amor de Transferencia incluye la resistencia y esto lo hace tan paradójica y a la vez tan posibilitadora de convertir el viejo conflicto en una "edición" nueva a través de una relación nueva.

Recordemos a Freud cuando nos dice que: "no hay más que un sólo poder capaz de levantar las resistencias, la Transferencia. El paciente se ve forzado a renunciar a sus resistencias a fin de complacernos. Nuestras curas, son curas de amor"³⁵.

Luego de este breve resumen de lo dicho en la tesis, queremos concluir este trabajo comentando sólo algunos casos clínicos de Freud para enseguida pensar cómo Freud fue conducido por sus propios pacientes, para ir forjando el concepto de Transferencia.

Partimos de la idea de que los casos clínicos fueron para Freud fecundos en cuanto a método y teoría.

Tres casos clínicos ("Le hysterique d'occasion, Frau Cecilia, e Isabel de R") de 1882, ejemplificarán las preocupaciones de Freud como terapeuta, incluso antes del descubrimiento del psicoanálisis. Estos casos muestran lo que de ahí en adelante orientará la atención de Freud y lo convertirá en analista.

No olvidemos por otro lado, que los primeros casos de psicoterapia de Freud (1893-1895) coinciden con su propio análisis con Fliess.

La primera paciente de Freud es Emmy de N. Recordemos brevemente que era una viuda de 40 años, quien desde la muerte de su marido sufre tics y "delirios histéricos"⁵. Pues bien, esta paciente insiste siempre en que la dejen hablar, en que no la interroguen constantemente sobre el origen de sus síntomas, e impone lo que más tarde llegaría a ser la asociación libre, por medio de la cual le es posible hablar de sus frustraciones sexuales y del odio familiar. Con ello más tarde, Freud comprenderá que el psicoanálisis nace en verdad cuando hace asociar a sus pacientes.

En el caso "Frau Cecilia" (1882)⁵, Freud se siente realmente impactado por la manera en que las palabras determinan los síntomas. En este caso encontramos por ejemplo, el cómo la mirada de la abuela provoca fuertes cefaleas o trastornos visuales, "el golpe"⁵ (reproches y afrentas del marido) provoca una neuralgia y la frase "heme aquí obligada a tragar esto"⁵, se acompaña de dolores en la garganta.

Así, Freud "escucha" que el síntoma se estructura a través del lenguaje y que puede ser decifrado si se está atento al doble sentido o más sentidos del

síntoma.

También se pone de manifiesto cómo la interpretación o metáfora que es utilizada por el analista, es capaz de restituir al paciente aquello que lo hace hablar y le causa sufrimiento.

En ese tiempo Freud plantea 2 hipótesis:

La primera da cuenta de que la manifestación somática puede ser reemplazada por algo psíquico; es decir, los movimientos corporales remiten a palabras.

En la segunda hipótesis, la defensa contra la idea dolorosa (que Freud llama represión), estaría sometida al principio del placer (en función del proceso primario).

Con el caso de Isabel de R. Freud retoma las interrogantes que le suscitan ciertas situaciones conflictivas.

Cuando le pregunta al paciente sobre el origen de sus síntomas (Abasia) Freud se entera de que la paciente, ante situaciones penosas, se había quedado en la puerta como "clavada en el lugar". Una vez más puede confirmar la relación entre el sentido de las palabras y la enfermedad somática. En el discurso encuentra que detrás de un desorden físico hay algo del orden de lo psíquico que determina y provoca la enfermedad somática y ello sólo puede

aclararse cuando se es expresado en palabras.

De esta manera, Freud renuncia a descubrir el secreto de las palabras y deja que el síntoma hable por sí mismo, reconociendo un "saber" en la histeria.

Finalmente veamos cómo en el caso "Dora" (1905) donde aparentemente Freud fracasa, la Transferencia deja de ser un obstáculo para la cura y adquiere finalmente una significación clara y definida. Es en dicho caso cuando Freud da la primera definición del concepto.

En el epílogo de este trabajo, Freud expone que "las Transferencias" son "reediciones o repeticiones de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como particularidad característica de su especie, la sustitución de una persona anterior por la persona del médico"⁸.

...son repeticiones sin cambios, experiencias psíquicas pasadas que van cobrando vida, no como pasado sino como una **relación actual** con la persona del médico. En algunos casos la Transferencia es idéntica a la experiencia original (salvo el objeto) y en otros la sublimación modifica su fin y su forma de expresión, apuntalándose "en alguna particularidad real de la persona del médico o de las

circunstancias que lo rodean, hábilmente usada"⁸.

aunque en el curso de la cura psicoanalítica los síntomas se suspenden de manera regular, "la productividad de la neurosis no se ha extinguido en lo absoluto, sino que se afirma en la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento", inconscientes. Y son justamente dentro de estas reediciones donde el paciente actúa en vez de recordar.

Pongamos atención en este hecho: el cese de la creación de nuevos síntomas durante el análisis así como la aparición de otros, revela tener las más estrechas relaciones con la Transferencia.

Freud expone también⁸ que dentro de la teoría de la técnica analítica se tiene que pensar a la Transferencia como algo necesario, que en la práctica no se puede eludir ni evitar, así como que es preciso "colegirla, casi por cuenta propia, basándose en mínimos puntos de apoyo y evitando incurrir en arbitrariedades". La Transferencia "es usada para producir todos los impedimentos que vuelven inasequible el material a la cura, y, además, sólo después de resolverla puede obtenerse en el enfermo la sensación de convencimiento en cuanto a la corrección de los nexos construidos"⁸.

Hasta aquí lo expuesto en el epílogo.

En cuanto al caso clínico Freud nos dice que fue justo la Transferencia la que le permitió esclarecer las particularidades del análisis de Dora... "yo no logré dominar a tiempo la Transferencia. a causa de la facilidad con que Dora ponía a mi disposición en la cura una parte del material patógeno. Olvidé tomar la precaución de estar atento a los primeros signos de la Transferencia que se preparaban con otra parte de ese mismo material, que yo todavía ignoraba"⁸.

Así vemos que en ocasión del primer sueño Freud no se dio cuenta de la advertencia que le hacía Dora; es decir, dejar el tratamiento como había dejado anteriormente la casa del Sr. K; como Freud nos lo explica pensaba que aún contaba con tiempo, y así nos dice:

a causa de "algo", de una "X"..." fui sorprendido por la Transferencia y a causa de esa "X" por la cual yo le recordaba al señor K, ella se vengó de mí como si se vengara de él y me abandonó. Tal como se había creído engañada y abandonada por él.

De tal modo actuó (agieren) un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlos en la cura"⁸.

Se dice que en el segundo sueño se encuentran muchas alusiones al tratamiento que se refieren a un significado esencial en la existencia de

Dora que sería más o menos este:
"Puesto que todos los hombres son tan detestables, prefiero no casarme. Tal es mi venganza"⁸.

En cuanto a la unidad de sentido entre la vida del paciente y la Transferencia, Freud nos explica diciendo que "en los casos en que mociones de crueldad y de venganza que ya en la vida del enfermo se aplicaron a la sustentación de sus síntomas, se transfieren al médico en el curso de la cura, antes de que él haya tenido tiempo de apartarlos de su persona reconduciéndolos a sus fuentes, no puede maravillar que el estado de los enfermos no acuse el efecto de su empeño terapéutico, Así ¿Qué mejor venganza para éstos que mostrar en su propia persona, la impotencia y la incapacidad del médico?"⁸.

Al final de la observación del caso Dora (1905), en una nota (1923) Freud expone que no atinó a colegir el momento oportuno y comunicarle a la enferma la moción de amor homosexual (genocofilia) hacia la Sra K; así el análisis fracasó por no haberse reconocido los lazos homosexuales de Dora con la Sra. K, o por no haber reconocido su "ginecofilia"⁸ y con ello

el papel del fantasma inconsciente.

Inmediatamente después Freud nos dice que "antes de llegar a individualizar la importancia de la corriente homosexual en los psiconeuróticos me quedé muchas veces atascado, o caí en total confusión en el tratamiento de ciertos casos"⁸.

Este caso clínico es punto de llegada y de partida, sostiene de una vez y para siempre una definición de Transferencia que hasta hoy sigue produciendo y da siempre material para seguir profundizando.

Freud construyó y forjó el concepto de Transferencia a través de las experiencias consigo mismo y con sus pacientes. Se dice que el psicoanálisis tiene que ver con su propia historia ya que se encuentra marcado por los acontecimientos de los cuales nació. Tiene que ver con la manera en que Freud va descubriendo el inconsciente y al mismo tiempo va construyendo la teoría, extrayéndola de un contexto contradictorio; por ello, creo que revisar de nuevo los orígenes es siempre necesario.

BIBLIOGRAFIA

-
-
1. Anzieu, Dider. "El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis", Vol. I, Siglo XXI Editores, México, 1987.
 2. Freud, Sigmund. "De la sugestión", 1888, Vol. I, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 3. Freud, Sigmund. "Histeria", 1888, Vol. I, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 4. Freud, Sigmund. "Prólogo y notas de la traducción de J.- M. Charcot, Leçons du Mardi de la Salpêtrière", (1887-88) (1892-94), Vol. I, Am. Editores, Argentina 1979.
 5. Freud, Sigmund. "Estudios sobre la histeria", 1892-95, Amorrortu Editores, Argentina 1979.
 6. Freud, Sigmund. "Bosquejos de la comunicación preliminar" de 1893, (1940-41) (1892), Vol. I, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 7. Freud, Sigmund. "La interpretación de los sueños", 1900, Vol. IV, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 8. Freud, Sigmund. "Fragmento de análisis de un caso de histeria", 1905 (1901), Vol. VII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 9. Freud, Sigmund. "El delirio de los sueños en la Gradiva de W. J.", 1907 (1906), Vol. IX, Amorrortu Editores, Arg. 1979.
 11. Freud, Sigmund. "Sobre el psicoanálisis silvestre", 1910, Vol. XI, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 12. Freud, Sigmund. "Cinco conferencias sobre psicoanálisis", 1910 (1909), Vol. XI, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 13. Freud, Sigmund. "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", 1914, Vol. XIX, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 14. Freud, Sigmund. "Sobre la dinámica de la transferencia", 1912, Vol. XII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
-

-
-
15. Freud, Sigmund. "Sobre la iniciación del tratamiento" (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, parte I), 1913, Vol. XII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 16. Freud, Sigmund. "Recordar, repetir y reelaborar" (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, parte II), 1914, Vol. XII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 17. Freud, Sigmund., "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" (Nuevos consejos sobre la técnica psicoanalítica, parte III), 1914, Vol. XII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 18. Freud, Sigmund. "Lo inconsciente", 1915, Vol. XIV, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 19. Freud, Sigmund. "Conferencias de introducción al psicoanálisis", (segunda parte), 1916-1917, Vol. XVI, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 20. Freud, Sigmund. "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica", 1918 (1919), Vol. XVII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 21. Freud, Sigmund. "Más allá del principio del placer", 1920, Vol. XVIII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 22. Freud, Sigmund. "Observaciones de la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños", 1923 (1922), Vol. XIX, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 23. Freud, Sigmund. "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", 1933 (1932), Vol. XX, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 24. Freud, Sigmund. "Presentación autobiográfica", 1925 (1924), Vol. XX, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 25. Freud, Sigmund. "Inhibición, síntoma y angustia, 1926 (1925), Vol. XX, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 26. Freud, Sigmund. "Análisis terminable e interminable", 1937, Vol. XXIII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
-

-
-
27. Freud, Sigmund. "Construcciones en el análisis", 1937, Vol. XXIII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 28. Freud, Sigmund. "Esquema de psicoanálisis", 1940 (1938), Vol. XXIII, Amorrortu Editores, Argentina, 1979.
 29. Jones, Ernest. "Vida y obra de Sigmund Freud" (Edición abreviada), Vol. I, Ediciones de Bolsillo, Barcelona, España, 1981.
 30. Krell, Irene de. "La escucha, la historia", (Compilación), Editorial Paidós, Argentina, 1984.
 31. Lagache, Daniel. "La teoría de la transferencia", Editorial Nueva Visión, Psicología Contemporánea, Argentina, 1986.
 32. Mannoni, Octave. "La otra escena, claves de lo imaginario", Amorrortu Editores, Argentina, 1986.
 33. Mannoni, Octave. "Freud, el descubrimiento del inconsciente", Ediciones Nueva Visión, Argentina, 1987.
 34. Mannoni, Maud. "Un saber que no se sabe, la experiencia analítica", Editorial Gedisa, Argentina, 1986.
 35. Nunberg y E. Federn. "Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society", Vol. I, 1906-1908, Editorial Nueva York, 1962.
 36. Safouan, Moustapha. "La transferencia y el deseo del analista", Editorial Paidós, 1989.