

2 Transferencia y relación

2.1 La transferencia como repetición

Transferencias se establecen en todas las relaciones humanas. Este hecho le da al descubrimiento de Freud un enorme significado. Inicialmente sin embargo, él basó su definición de la transferencia en observaciones hechas en el curso de la terapia:

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. Hay transferencias de éstas que no se diferencian de sus modelos en cuanto al contenido, salvo en la aludida sustitución. Son entonces, para continuar con el símil, simples reimpresiones, reediciones sin cambios. Otras proceden con más arte; [...] apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del médico o de las circunstancias que lo rodean, hábilmente usada. Estas son, entonces, nuevas elaboraciones, ya no más reediciones (Freud 1905e, p.101).

Más tarde, sin embargo, generalizó:

La transferencia se produce de manera espontánea en todas las relaciones humanas, lo mismo que en la del enfermo con el médico; es dondequiera el genuino portador del influjo terapéutico, y su efecto es tanto mayor cuanto menos se sospecha su presencia. Entonces, el psicoanálisis no la crea; meramente la revela a la conciencia y se apodera de ella a fin de guiar los procesos psíquicos hacia las metas deseadas (Freud 1910a, p.47-8; la cursiva es nuestra).

La transferencia es así un concepto genérico en ambos sentidos del término: Primero, desde el momento en que las experiencias pasadas tienen una influencia fundamental y persistente en la vida presente, la transferencia es universal en el género humano. Segundo, el concepto es genérico en el sentido de que abarca numerosos fenómenos típicos que se expresan individualmente y de manera única en cada uno de nosotros. En psicoanálisis se observan, además, formas especiales de transferencia, que serán discutidas más adelante. En este capítulo queremos demostrar la dependencia de los fenómenos transferenciales (incluida la resistencia) de la situación analítica y cómo ésta es estructurada por el analista, empezando con la apariencia de su consultorio, su

comportamiento, su sexo, su contratransferencia, su ecuación personal, su teoría, su imagen del hombre, su visión de mundo, etc. De este modo, pondremos a prueba la tesis central de este libro en el núcleo básico del psicoanálisis -transferencia y resistencia- e investigaremos hasta dónde alcanza el influjo del analista en los fenómenos que tradicionalmente han sido adscritos sólo al paciente. Como escribimos para lectores cuyo grado de información varía, primeramente queremos asegurar una base mínima de entendimiento.

La experiencia enseña que no es fácil entender cómo la transferencia, de haber sido al comienzo vista como el mayor obstáculo para el tratamiento, llegó a ser la herramienta más importante del mismo. Desde luego, la aturdira multiplicidad de los fenómenos de transferencia y resistencia no había sido todavía reconocida en la época de su descubrimiento. Por eso, nos retrotraeremos hasta el comienzo de la historia de la transferencia. El primer descubrimiento fue el de la resistencia a los recuerdos y al acercamiento a los conflictos inconscientes (como resistencia del paciente a asociar), resistencia que debe su fuerza a la revivencia de deseos inconscientes y su transferencia al analista. Así, la transferencia actualiza conflictos en la relación y cualquier obstáculo a este proceso pasó a llamarse resistencia transferencial, aunque más precisamente debiera hablarse de resistencia contra la transferencia. El control de estos fenómenos transferenciales depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar, "que justamente ellos [los fenómenos] nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie* [a través de una representación simbólica indirecta]. Con estas famosas palabras, Freud (1912b, p.105; cursiva en el original), caracterizó la actualidad de la transferencia en el aquí y ahora, la cual es precisamente convincente por su inmediatez y autenticidad: nada puede conseguirse *"in absentia"*, esto es, hablando acerca del pasado o, *"in effigie"*, es decir, a través de una representación simbólica indirecta. Al desarrollo de la transferencia, no importando sea ésta positiva o negativa en su contenido, se le oponen pues, no sólo y paso a paso, las más diversas formas de resistencia: la transferencia misma puede llegar a ser una resistencia cuando existe un desequilibrio entre la repetición en el presente de experiencias pasadas y la capacidad o la disposición del paciente de reemplazar las transferencias por recuerdos o por lo menos de relativizarlas. Desde el momento en que el paciente "se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente" (Freud 1920g, p.18; cursiva en el original), se deduce un tipo particular de resistencia transferencial: el aferrarse a la transferencia. Para evitar el desarrollo de transferencias positivas o negativas demasiado intensas, Freud enfatiza en una fase de su pensamiento la necesidad de "esforzar el máximo recuerdo y admitir la mínima repetición" (1920g, p.19). Para las repeticiones inevitables, el analista debe, al menos, no dar ningún pretexto, con el objeto de que los recuerdos retengan la fidelidad al

original y para evitar que se mezclen con impresiones reales: la autenticidad de la transferencia en el aquí y ahora reside, idealmente entonces, en la reproducción no influenciada de los recuerdos que son así revitalizados como experiencias actuales.

El común denominador de todo fenómeno transferencial es su carácter de repetición; tales fenómenos, en la vida cotidiana y en la terapia, surgen aparentemente de manera espontánea. Freud enfatiza la espontaneidad de la transferencia en contra de la objeción de que ésta es creada por el analista. En realidad todos conocemos la transferencia, ya sea por experiencia propia o ajena. Fulana y Zutano por ejemplo, terminan siempre de nuevo en el mismo tipo de patrón conflictivo. Las nuevas ediciones o facsímiles parecieran repetirse automáticamente, a pesar de los esfuerzos que se hagan, en un nivel consciente, para producir un cambio conductual.

El propósito de Freud era dar a la práctica psicoanalítica un fundamento científico. Por esta razón enfatizó que la transferencia es un fenómeno natural, parte de la vida humana y no un producto artificial del psicoanálisis. Por la misma razón, todas las reglas relevantes del tratamiento están diseñadas para asegurar la aparición espontánea de la transferencia. Pero, ¿qué significa "espontáneo"? Desde el punto de vista científico, no nos basta que las transferencias, tanto en la vida como en el análisis, surgan "por sí solas". Pues, visto el hecho más de cerca, la espontaneidad de la transferencia revela que su aparición está condicionada por expectativas inconscientes internas y por sus desencadenantes externos. Así, por razones científicas, debemos crear las condiciones más favorables para que las transferencias ocurran y, por consideraciones prácticas, debemos ajustarnos al potencial terapéutico de estas condiciones.

La concepción de Freud de la espontaneidad de la transferencia se revela como una variable disposición reactiva que se desencadena en la interacción con los objetos y los estímulos que emanan de ellos. Podemos ahora imaginarnos un tipo de respuesta inconsciente autodesencadenada sin estímulos externos positivos, como en los estados de privación de alimentos y bebida, con la consecuente "satisfacción alucinatoria del deseo" (Freud, 1900a), cuya semejanza con las actividades vacías (*Leerlaufaktivitäten*), descritas por Konrad Lorenz en los animales, podría ser mencionada de paso. La creación de las condiciones para tal autodesencadenamiento endopsíquico (esto es, aparentemente independiente de factores externos), aparece deseable no sólo por razones científicas, o sea para rebatir la objeción de la influenciabilidad, sino también porque, en un sentido más profundo, de lo que se trata en psicoanálisis es precisamente de la espontaneidad del paciente: éste debe lograr encontrarse a sí mismo en un "otro significativo" (Mead, 1934). De este modo, por un lado hemos recogido la exigencia de Freud correspondiente al espíritu científico de la época de lograr fenómenos transferenciales en su forma más pura y de no influenciarlos, de tal modo que aparezcan aparentemente

naturales. Por otro lado, sin embargo, se afirma que es decisivo para la terapia crear condiciones favorables a la espontaneidad del paciente.

La contradicción entre estos dos aspectos ha sido a menudo pasada por alto, de tal modo que muchos analistas creyeron que el no ejercer influencia promovería tanto el autodesencadenamiento como la espontaneidad del paciente en el sentido más profundo. Más aún, se creyó con eso poder combinar las exigencias científicas con los objetivos terapéuticos, aunque, en realidad, ninguna de las dos cosas se satisface así adecuadamente.

Los postulados teóricos han contribuido a la conceptualización de la neurosis de transferencia en el proceso psicoanalítico ideal, como algo aparentemente independiente del observador participante: según éstos, ésta se desarrollaría en la reflexión de imágenes por el analista, quien está idealmente libre de puntos ciegos en su contra-transferencia. La historia original de la neurosis deberá repetirse en el aquí y ahora de la manera más pura y perfecta, mientras menos perturbe el analista esta reedición. Si algún factor inicial X, por ejemplo la edad del analista, su apariencia o su conducta, perturban el curso ideal de la terapia, no se tratará ahora de re-ediciones, sino de ediciones corregidas, y entonces este factor X será retrotraído, por los recuerdos del paciente, a su significado propio en la vida temprana del paciente. Pareciera no tener autonomía. Las observaciones pioneras de Freud en el caso Dora (1905e), cuya interrupción del tratamiento fue explicado por una falla en reconocer este factor X en la transferencia, llevaron a descuidar el rol de las percepciones realistas en la relación terapéutica. Al modelo ideal del proceso psicoanalítico se subordinaron reglas de tratamiento, que debieran hacer posible una repetición pura de la patogénesis.

La observación de la repetición en la neurosis de transferencia (tan perfecta como posible) condujo, por una parte (en la investigación patogenética), a reconstrucciones del origen de la enfermedad, y, por otra parte (en la terapia), al énfasis puesto en el recordar como factor curativo. La neurosis de transferencia debe ser resuelta por la toma de conciencia del paciente de que la percepción que él tiene de la relación analítica es, en mayor o menor grado, una gruesa distorsión de la realidad actual. Culpables de ésta son las proyecciones, que traen al presente deseos y miedos tempranos y sus consecuencias. El modelo de este proceso analítico está contenido en la tríada freudiana del Recordar, repetir y reelaborar (1914g). Esta tríada llegó a ser vista como un ideal a través de sus conexiones con las recomendaciones técnicas de Freud, aunque él mismo las siguiera de manera independiente y flexible y no dogmáticamente. En la terapia, Freud dio siempre una gran importancia a las posibilidades de la sugestión en el marco de las transferencias, aunque esto no pueda ser deducido de sus escritos técnicos (Thomä 1977b; Cremerius 1981b). Él consideró esta influencia posible sólo en la medida en que la experiencia del paciente de dependencia de sus padres haya sido buena y fuera de ese modo capaz de desarrollar la así llamada transferencia no chocante (unanstößige). De acuerdo con Freud, ésta es la raíz

de la sugestibilidad, la cual es usada tanto por el analista como por los padres. Difícilmente se puede dudar que la sugestibilidad, en el sentido de receptividad para nuevas experiencias, presupone una cierta disposición para confiar en los demás, disposición que está enraizada en la historia de vida. Sin embargo, confianza y sugestibilidad tienen también una "génesis actual" (esto es, una base en la realidad de las transacciones en el aquí y ahora de la terapia), lo cual para Freud era demasiado evidente como para decirlo. Los aspectos actuales en la génesis de la transferencia fueron muy descuidados en la teoría de la técnica; por un largo tiempo, el presente, incluida la influencia actual del analista, fue relegado a las sombras.

La tendencia a descuidar el aquí y ahora (en el sentido de nuevas experiencias como opuestas a la mera repetición), se hace más entendible si consideramos de qué manera el reconocimiento de la transferencia pareció resolver un conjunto de problemas:

1. Fue posible reconstruir el origen de los trastornos psíquicos y psicosomáticos en el campo interpersonal de la transferencia.
 2. El diagnóstico de disposiciones neurótico-reactivas típicas y de las llamadas explicaciones disposicionales, se hizo posible, pues los conflictos interiorizados, que se manifiestan como repeticiones de patrones de pensar y actuar, pueden ser ahora observados en la relación con el médico, es decir, en la transferencia.
 3. Los conflictos interiorizados, esto es, patrones conflictivos que habían sido absorbidos en la estructura, pueden, a través de la transferencia, transformarse en relaciones de objeto y así ser observados *in statu nascendi*.
- La metas científicas fueron el explorar las circunstancias del desarrollo original de la neurosis, tan exhaustivamente como fuera posible, y crear condiciones estandarizadas para lograrlo. El que la aclaración de su etiología idealmente traería también la resolución de la neurosis, estaba de acuerdo con el entendimiento causal de la terapia, según el cual los determinantes pasados y obsoletos de deseos y ansiedades, que siguen sin embargo vivos en los síntomas, podían repetirse de manera pura, esto es, no influenciadas por el analista. Ya la incompleta enumeración de los problemas que encontraron solución a través del descubrimiento de la transferencia, dan una idea de por qué los aspectos actuales de la génesis de la experiencia y conducta del paciente fueron descuidados y de por qué el aquí y ahora, en su autonomía (núcleo decisivo de la terapia), no encontró un lugar adecuado en la genealogía oficial de la técnica psicoanalítica. De otra manera, las soluciones teóricas y prácticas conseguidas por el paradigma revolucionario, deberían ser relativizadas en relación a la influencia que el analista ejerce a través de su técnica individual (a su vez determinada por su teoría), de su "ecuación personal" y su contratransferencia y, finalmente, a través de su imagen latente del hombre.

2.2 Sugestión, sugestibilidad y transferencia

La relación entre transferencia y sugestión es doble. Por un lado, la sugestión se deriva de la transferencia: el hombre es sugestionable precisamente porque "trans-fiere". Freud retrotrae la sugestionabilidad, dependiente de la transferencia, a sus pro-totipos evolutivos y la explica por la dependencia del niño de sus padres. Correspondientemente, el paciente percibe la sugestión del médico como derivada de la sugestión parental. Por otro lado, la sugestión es vista como una herramienta independiente para dirigir la transferencia. La confianza en la eficacia de esta herramienta se basa en la experiencia con la sugestión hipnótica. A este respecto, se retrotrae el doble significado de la sugestión a la diferencia entre hipnosis y terapia analítica. Freud comenta:

La terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos. La terapia hipnótica deja a los pacientes inactivos e inmodificados, y por eso, igualmente, sin capacidad de resistir cualquier nueva ocasión de enfermar. [...] En el psicoanálisis trabajamos con la transferencia misma, resolvemos lo que se le contrapone, ajustamos el instrumento con el que queremos intervenir. Así se nos hace posible sacar muy diverso provecho del poder de la sugestión; está en nuestras manos: no es el enfermo el que por sí solo se sugiere lo que le viene en gana, sino que guiamos su sugestión hasta el punto mismo en que él es asequible a su influencia (Freud 1916-17, pp.410-1; la cursiva es nuestra).

Lo que hemos destacado en este pasaje puede ser interpretado de diversas maneras. Una interpretación obvia es ver, en el "instrumento" que "ajustamos", la transferencia, que, concordantemente, podría ser configurada e instrumentalizada por el analista. Sin embargo, para hacer de la transferencia un instrumento, es necesario que el analista lo haga desde una posición fuera de la transferencia. En la sugestión, Freud vio aquella fuerza que, junto al insight, trabaja en la transferencia. La sugestión es así el instrumento que "impacta" la transferencia y le da forma.

El doble significado de la sugestión y la mezcla entre sugestión y transferencia, que hasta el día de hoy dificulta el entendimiento de la terapia psicoanalítica, tiene dos causas principales:

Primero, la sugestión psicoanalítica se deriva de la sugestión hipnótica. Por eso fue para Freud natural destacar la forma novedosa y diferente del influjo terapéutico, contrastándolo con el tipo de sugestión practicado anteriormente. La sugestionabilidad se explicó en términos de la historia de vida y se la concibió como una regresión a la dependencia pasiva, lo que naturalmente significa que sólo se depende intensa o exclusivamente de algo externo y lo que se asimila es lo instilado o sugerido. Al atribuir la acción de la sugestión a la transferencia, Freud iluminó el porqué del carácter veleidoso de los éxitos de la hipnosis, pues sólo la transferencia positiva produce la confianza ciega capaz de hacer

que alguien se entregue totalmente al hipnotizador, como si el sujeto estuviera en el regazo de su madre. De este modo, las limitaciones de la disponibilidad a ser hipnotizado así como los fracasos de la terapia sugestiva, llegaron a ser explicables con ayuda de la teoría psicoanalítica de la transferencia (véase Thomä 1977b).

La segunda razón que condujo a deducir el influjo del analista en el paciente de su disposición a transferir, ya fue insinuada: la génesis de la confianza o la desconfianza, del afecto o del rechazo, la seguridad o la inseguridad, en las relaciones con los padres u otros parientes durante las etapas preedípicas y edípicas así como en la adolescencia, establece tendencias a reaccionar de una cierta manera, que pueden ser clasificadas de acuerdo con disposiciones inconscientes típicas. Estas disposiciones inconscientes actúan de tal manera que las experiencias actuales son medidas en relación a las expectativas inconscientes, es decir, vivenciadas de acuerdo con viejos clisés más o menos fijos.

Como disposición reactiva, la transferencia está ligada al pasado en el cual se originó. La sugestión médica, esto es, la influencia del analista, tampoco será determinada por su función autónoma, orientada al cambio, sino que se derivará de la historia vital del paciente. En contraste con la terapia sugestiva, el psicoanálisis exige revelar y resolver la transferencia. En la Presentación autobiográfica, Freud (1925d, p.26) describe sus experiencias con la aplicación de la hipnosis al servicio de la catarsis y fundamenta su abandono diciendo que hasta los mejores resultados quedaban de pronto como borrados cuando se enturbiaba la relación personal con el paciente. Es verdad que se restablecían cuando se hallaba el camino de la reconciliación, pero uno quedaba advertido de que el vínculo afectivo personal era más poderoso que cualquier trabajo catártico, y ese factor, justamente, no podía ser gobernado (la cursiva es nuestra).

La necesaria sugestión y sugestionabilidad se derivan de la transferencia, la cual, se podría decir, pareciera ser capaz, como Münchhausen (1), de alzarse a sí misma. Sin embargo, las apariencias engañan. Münchhausen se dividió a sí mismo, mediante una escisión en el yo, haciendo de su mano el centro de sí mismo y del resto de su cuerpo un objeto. La realidad es, por supuesto, que la transferencia no se sostiene a sí misma. Freud la dividió en dos clases. La transferencia no chocante es comparable a la mano de Münchhausen: a ella se le adscribe el poder de liberar de las transferencias pulsionales, positivas y negativas. La transferencia no chocante es un híbrido conceptual particular del período preedípico preambivalente, en el cual se formó la base de la confianza. En este sentido, también el concepto de transferencia no chocante se liga al pasado; sin embargo, ella sobrevive sólo como disposición reactiva y forma de alguna manera parte de lo que llamamos alianza terapéutica o alianza de trabajo (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). Así como en la escisión terapéutica del yo de Sterba (1934), no estamos aquí ante cantidades fijas, sino ante

disposiciones, que, de acuerdo con influencias contingentes, pueden manifestarse de diferentes maneras (véase después, 2.5).

De este modo, las teorías de la transferencia simplemente describen cómo se forman los clisés o, de manera más general, las disposiciones inconscientes. Estas teorías dejan sin embargo abierto qué es lo que el analista aporta para su manifestación concreta; pero, sobre todo, las descripciones de Freud fallan en explicar adecuadamente cómo estas disposiciones se superan. Con la transferencia derivada de la sugestión, se permanece pues prisionero en un círculo de acontecimientos que gira hacia atrás. Para aclarar este problema, llamamos la atención hacia una tesis de Freud sobre la terapia analítica, en general poco tomada en cuenta: "Pero la nueva lucha en torno de este objeto [se refiere a la persona del médico] es elevada, con el auxilio de la sugestión médica, al estadio psíquico más alto; transcurre como conflicto anímico normal" (Freud 1916-17, p.414).

El recurso a la sugestión médica no hace justicia al influjo profundo, actual y novedoso ejercido por el analista. La resolución de esta lucha se diferencia por eso de los conflictos anteriores, puesto que por ambos lados se introducirán nuevas armas que facilitarán la elevación a "los más altos niveles psíquicos". Se trata de una meta exigente, de la cual nos preocuparemos en el capítulo 8. La interpretación "mutativa" de Strachey (1934) es una herramienta psicoanalítica para el cambio especialmente típica, precisamente porque es la más alejada de las formas convencionales de sugestión.

2.3 La dependencia de los fenómenos transferenciales de la técnica

En contraste con la teoría de la técnica idealizada, que intenta formular condiciones experimentales estandarizadas, la práctica psicoanalítica se ha caracterizado desde un principio por la flexibilidad orientada hacia el objetivo terapéutico, donde el manejo de las reglas se ha adaptado al cambio deseado. El cuestionario que Glover (1937, p.49) presentara por primera vez en el simposio de Marienbad, confirmó que 24 analistas ingleses se distinguían claramente en la aplicación de importantes reglas técnicas. La discusión crítica de los efectos en la transferencia de la aplicación flexible de las reglas, fue interrumpida por acontecimientos políticos. Sólo en la postguerra el paradigma psicoanalítico fue ampliado esencialmente en lo que respecta al papel decisivo que el analista juega en él. Tres publicaciones aparecidas en el año 1950 (Balint y Tarachow; Heimann; Macalpine) marcaron el punto de giro; desde un punto de vista, también debiera incluirse el trabajo de Eissler publicado el mismo año (véase capítulo 3). En su trabajo *El desarrollo de la transferencia*, Macalpine señala, después de un exhaustivo estudio de la literatura, que hay un sorprendente consenso en lo que se refiere a sus orígenes: se asume que aparece espontáneamente en el analizando. Macalpine fundamenta su punto de vista disidente -que la transferencia es inducida en un paciente susceptible, por

la es-estructura particular de la situación terapéutica- enumerando 15 factores. Con ellos, describe la manera como procedimientos técnicos típicos, todos juntos, contri-buyen a la regresión del paciente, de modo que su conducta puede ser vista como una respuesta al encuadre rígido e infantil al cual es expuesto. Describe la situa-ción típica como sigue:

El paciente llega a análisis, en la esperanza y con la expectativa de ser ayudado. Así, él espera gratificación de algún tipo, pero ninguna de sus expectativas son llenadas. Entrega su confianza y no consigue nada a cambio; trabaja duro, pero espera en vano por la paga. Confiesa sus pecados y no recibe ni absolución ni castigo. Espera que el análisis se transforme en una relación de amistad, pero es dejado solo (Macalpine 1950, p.527).

Los 15 factores (a los cuales se pueden agregar otros), dan lugar a numerosas combinaciones posibles, que conducen a diferentes figuras de cómo el paciente puede experimentar la relación terapéutica o de cómo el analista induce la transfe-rencia a través del manejo de las reglas. Macalpine quiere mostrar que la transfe-rencia surge reactivamente. Es así lógico esperar que cualquier variación en los es-tímulos precipitantes contingentes dé origen a transferencias diferentes. La depen-dencia de campo de la transferencia se aclara cuando se consideran la multitud de posibles combinaciones que se originan por el descuido selectivo de sólo algunos de los 15 factores, sin tomar en cuenta las diferencias entre las distintas escuelas, en su énfasis en ciertos aspectos de la interpretación. Así llega a ser entendible por qué el Sr. Z. hizo diferentes transferencias en sus dos análisis con Kohut (1979a; véase también Cremerius 1982). La convincente argumentación de Macalpine tuvo sin embargo poca aceptación. Recientemente, Cremerius (1982, p.22) critica que muchos analistas aún vean la transferencia como un "inevitable proceso endo-psíquico". Aparentemente, el reconocimiento del influjo del analista en la transfe-rencia produce tanta intranquilidad, que argumentaciones teóricas convincentes tienen tan poco efecto como las inequívocas observaciones que ya Reich (1933, p.57) resumiera diciendo: "La transferencia es siempre también un espejo fiel de la conducta del terapeuta y de la técnica analítica".

Eissler es considerado uno de los exponentes más influyentes del modelo técnico básico (véase Thomä 1983a). Su publicación sobre modificaciones de la técnica estándar y la introducción del "parámetro" (1958) contribuyó grandemente a la formación del estilo neoclásico y al purismo psicoanalítico. Su disputa con Ale-xander y la escuela de Chicago (1950) delimitó la técnica clásica de sus variantes. Por esta razón casi no se notó que este trabajo contiene un aspecto que concede al influjo del analista en la transferencia mayor espacio que lo que el modelo técnico básico realmente permite. ¿Cuál era el problema en aquella época? Después de la muerte de Freud y de la consolidación del psicoanálisis en la postguerra, la cuestión de cuáles variaciones en la técnica podían todavía incluirse dentro de un entendimiento correcto de lo que es

psicoanálisis, llegó a ser prominente en las controversias teóricas, incluso aunque los analistas ortodoxos se muevan en su praxis dentro de un amplio espectro. Por otro lado, a través de determinar reglas en forma precisa, es posible ejercer disciplina y delinear fronteras bien definidas. La reacción natural frente al surgimiento de numerosas formas de psicoterapias psicodinámicas derivadas del psicoanálisis, fue el definir el método psicoanalítico en forma estricta y mantenerlo incontaminado (Blanck y Blanck 1974, p.1). La manera más simple de definir un método es a través de reglas de procedimiento, como si el seguirlas no sólo protegiera la identidad del psicoanalista, sino también garantizara un psicoanálisis óptimo y particularmente profundo.

Así, las fructíferas proposiciones prácticas y teóricas de Eissler (1950) fueron casi totalmente ignoradas. El definió el método psicoanalítico en términos de sus metas, y con ello favoreció, en relación a las modalidades técnicas (incluyendo el manejo de la transferencia), un alto grado de apertura y flexibilidad orientadas de acuerdo con las metas. Eissler afirmó a este respecto que cualquier técnica puede ser denominada psicoterapia psicoanalítica, en la medida en que, con medios psico-terapéuticos, busque o logre cambios estructurales de la personalidad, igual si son necesarias entrevistas diarias o irregulares, o si se usa o no el diván.

Difícilmente el método analítico puede ser definido en términos de sus objetivos, excepto bajo la asunción tácita de que sólo un psicoanálisis estricto persigue o logra un cambio estructural (la cual es, por lo demás, la posición de Eissler). De todos modos, Eissler dio aquí un indicio temprano (y contradictorio con su propia técnica ideal) de que, en vez de introducir censuras en el método, más sentido tiene el investigar los cambios que el tratamiento busca lograr y efectivamente logra, para así desarrollar una apropiada teoría de la técnica psicoanalítica y mejorar su práctica. En este respecto es dudoso, por ejemplo, si acaso la regresión producida por la técnica estándar, con sus contenidos transferenciales particulares, es el camino óptimo para cambiar la estructura y con ello los síntomas (véase cap. 8). No se puede cerrar los ojos al hecho de algunas terapias no tienen un curso favorable (v. Drigalski, 1979; Strupp, 1982; Strupp y cols. 1977; Luborsky y Spence, 1978). El recurrir al expediente de un error en la indicación, esto es, concluir que el paciente no era analizable, es un espejismo. Pues el hecho es que la técnica estándar ha restringido la definición de analizabilidad y elevado cada vez más las exigencias en fortaleza de las funciones egoicas para el paciente idóneo, pero con eso se ha descuidado la discusión acerca del problema de si las complicaciones (incluyendo aquí hasta las así llamadas psicosis transferenciales), no podrían adscribirse, menos a una insuficiencia en la precisión de las indicaciones, que a efectos de regresiones específicas por excesiva "privación sensorial" (véase Thomä 1983a). Tales omisiones cobran aún más peso, cuando simultáneamente no se logra probar que ciertas maneras

de manejar la transferencia conducen efectivamente a cambios en la estructura y en los síntomas.

La amplia y fundamentada discusión de Bachrach (1983, p.201), sobre el concepto de "analizabilidad", deja entrever de qué manera se ha puesto en movimiento el tema de la teoría y la práctica del psicoanálisis en su conjunto. En vez de la pregunta unilateral y en muchos sentidos problemática, sobre la idoneidad del paciente, debiera más bien plantearse la que sigue: ¿Cuáles cambios se logran, con qué pacientes, con cuáles dificultades, cuando el procedimiento psicoanalítico se aplica de qué manera y por cuál analista? En lo que toca a la transferencia y a su manejo, nos encontramos en un campo abierto cuyas fronteras han estado en constante expansión a través de las preguntas autocríticas en el sentido de Bachrach y a pesar de la simultánea rigidez. De este modo, y como lo señalara la revisión de Orr ya tempranamente en 1954, el psicoanálisis se encuentra desde hace tiempo en el camino de un nuevo entendimiento de la transferencia. Las variaciones en las condiciones técnicas del tratamiento crean en la práctica transferencias específicas que deben ser entendidas operacionalmente.

2.4 La neurosis de transferencia como concepto operacional

En su introducción a la discusión del problema de la transferencia en el congreso de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional), en 1955, Waelder (1956, p.367) enfatizó el influjo del analista en la transferencia: "Desde el momento en que el desarrollo global de la transferencia es la consecuencia de la situación y de la técnica analítica, cambios en esta situación y técnica pueden alterar de manera considerable los fenómenos transferenciales".

También Glover (1955, p.130) destacó que "la neurosis de transferencia se alimenta en primer lugar de las interpretaciones transferenciales" y que "la transferencia, que comienza de manera fragmentaria, tiende a configurarse ella misma en base a las interpretaciones transferenciales". Balint (1957, p. 290) lo dijo de manera aún más clara: "Sólo Dios sabe que gran parte de los fenómenos transferenciales que pasan frente a sus ojos y que él (el analista) observa, pueden haber sido producidos por él mismo. Las transferencias pueden ser, por ejemplo, reacciones a la situación analítica en general, o pueden ser creadas, en su variedad 'particular', por su técnica correcta o no tan correcta".

En Argentina, Liberman, siguiendo las huellas de Pichon Rivière, insistentemente planteó que "para lograr una comprensión integral de los fenómenos transferenciales, debe considerárselos como estructuras de comportamiento resultantes de las motivaciones inconscientes que están operando en un momento dado y de factores provenientes del método psicoanalítico (regla fundamental, horarios, honorarios, la posición decúbito, la actividad

inconsciente del terapeuta, etc), y de la técnica interpretativa utilizada para poner en evidencia y modificar el curso de dichas motivaciones inconscientes (esquema referencial teórico en que está basada la técnica interpretativa)" (1970 [1962], p.94; la cursiva es nuestra).

Las conclusiones esenciales del simposio de la American Psychoanalytic Association, "On the current concept of the transference neurosis" (sobre el concepto actual de la neurosis de transferencia), con contribuciones de Blum (1971) y Calef (1971), confirman el punto de vista enfatizado por Waelder y Macalpine. Básicamente, la introducción del término neurosis de transferencia expresa el reconocimiento de Freud de que la transferencia humana general se transforma en una relación sistemática bajo la influencia de la situación analítica y en presencia de tipos neuróticos particulares de disposiciones transferenciales (aunque Freud sub-estimaba esta influencia o creía que podría fijarla con condiciones estandarizadas). Loewald (1971) subraya la dependencia de campo de la transferencia, diciendo que la neurosis de transferencia representa menos una cantidad que se podría encontrar en el paciente, que un concepto operacional. Estamos de acuerdo con Blum (1971, p. 61) en que aún tiene sentido hablar de neurosis de transferencia, sobre el tras-fondo de una moderna teoría de la neurosis, si se entiende que este término incluye todos los fenómenos transferenciales. En este sentido, tanto los fenómenos transferenciales transitorios, como la neurosis de transferencia sintomática, son conceptos operacionales.

Por esta razón, no diferenciamos entre fenómenos particulares (p. ej., fantasías transferenciales situacionales) y la transformación neurótico-transferencial de síntomas de alguna clase nosológica (grupo de enfermedad), incluidas las neurosis narcisistas que Freud igualó a las psicosis. La neurosis de transferencia es entonces un tipo de neurosis artificial. En sus Conferencias de introducción al psicoanálisis, Freud escribe:

No olvidemos, en efecto, que la enfermedad del paciente a quien tomamos bajo análisis no es algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo, y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente. [...] Todos los síntomas del enfermo han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, que consiste en un vínculo con la transferencia [...] (1916-17, pp.403-4; la cursiva es nuestra).

El contexto de esta cita señala al "nuevo sentido" estrictas limitaciones. Otros lugares en el texto, donde se habla de la transferencia como una "nueva condición" que reemplaza a la "neurosis ordinaria" y que concede "a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial", también restringen el lado innovativo de la experiencia real a las condiciones favorables para el despertar de recuerdos a propósito de las reacciones de repetición (1914g, p.156). Desde el momento en que Freud no vio consistentemente el crecimiento o desarrollo de la neurosis de transferencia,

que crece como una criatura viviente, como un proceso interpersonal dentro de una relación terapéutica entre dos individuos, quedó es-condida la gran contribución del analista a esta "nueva neurosis artificial" (1916-17, p.404). La profundidad de este problema se deja ver en la elección de la vigo-rosa terminología que Freud usa cuando discute la superación de la neurosis de transferencia. Esta no se corresponde con el ideal de libertad y más bien traiciona desamparo:

[...] superamos la transferencia cuando demostramos al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad.

Más fuerte aún, Freud usa a continuación una palabra que no pertenece a su vo-cabulario habitual: "De tal manera lo forzamos [al paciente] a mudar su repetición en recuerdo" (1916-17, p.403; la cursiva es nuestra).

Se debe mencionar brevemente aún otro significado, ya obsoleto, del término neurosis de transferencia y éste es el uso nosológico que Freud le dio. Este uso no puede mantenerse, desde el momento en que las personas que acuden a tratamiento por los así llamados defectos del yo u otras deficiencias, perversiones, estructuras fronterizas o psicosis, desarrollan transferencias. Las asunciones teóricas de Freud concernientes al narcisismo, condujeron a que las transferencias especiales de los casos fronterizos y los psicóticos, no fueran al principio reconocidas, llegándose así a la confusa diferenciación nosológica entre neurosis de transferencia y neu-rosis narcisistas. Todos los pacientes son capaces de transferencia y es por eso in-válido definir los síndromes neuróticos histéricos, fóbicos y obsesivos como neu-rosis transferenciales, contrastándolos con las neurosis narcisistas. Los diversos grupos de pacientes se diferencian entre sí, en la forma y contenido de la transfe-rencia y no en que algunos no la muestren en absoluto.

La observación de que distintos grupos de pacientes se diferencian entre sí de acuerdo con la forma y contenido de las transferencias que desarrollan, ha tenido importantes consecuencias. En primer lugar, ha sido el punto de partida para la construcción de una psicopatología psicoanalítica. Desde los tiempos de Freud, el desarrollo de una teoría especial de las neurosis y de las enfermedades psíquicas en general, ha sido preocupación constante de las distintas generaciones de psicoana-listas. El libro clásico de Fenichel (1945) resume el conocimiento psicopatoló-gico ganado por el psicoanálisis hasta ese momento. Muchos otros autores han contribuido posteriormente con aportes importantes. Para nombrar sólo algunos ejemplos, en la escuela kleiniana, son dignos de destacar los trabajos de Bion (1967) y Rosenfeld (1965) sobre pacientes esquizofrénicos. Siempre dentro de la escuela inglesa, Masud R. Khan (1979) ha estudiado las perversiones. En la psi-cología del yo, los estudios de Kernberg (1975) sobre pacientes fronterizos han marcado un hito significativo; igualmente influyentes han sido los trabajos de Kohut (1971) sobre la

transferencia de los pacientes narcisistas. En la escuela francesa, destacan los trabajos de Chasseguet-Smirgel (1978) y McDougall (1986) sobre perversión; en la misma dirección, Bergeret (1987) revisa la clínica psico-analítica a la luz de distintos niveles estructurales (predominantemente edípicos o preedípicos), que se corresponden con diferentes disposiciones transferenciales. Todos estos aportes tienen en común el intento de describir constelaciones trans-ferenciales típicas para los distintos cuadros psicopatológicos. En Argentina, Et-chegoyen (1986) llega a hablar de una perversión de transferencia, propia de los pacientes perversos, junto a la neurosis y la psicosis de transferencia ya descritas por otros autores. En forma paralela, la idea de estructura psicopatológica, como disposición o clisé transferencial, ha permitido, a su vez, la construcción de puen-tes con la psiquiatría, lo que ha posibilitado el desarrollo de una psiquiatría diná-mica.

Una segunda consecuencia importante, y esta vez considerando que las disposiciones transferenciales, no importando el tipo (es decir, si se trata de una neu-rosis, una psicosis o una perversión de transferencia), son desencadenadas y modu-ladas por la situación analítica (esto es, la transferencia como un concepto ope-racional), ha sido la posibilidad de desarrollar estrategias y tácticas de intervención terapéutica diferenciadas de acuerdo con el tipo de psicopatología. En esta línea se inscriben los trabajos de Liberman (1970) sobre los estilos interpretativos. En un intento interdisciplinario entre teoría psicoanalítica de la patogenia, teoría de la co-municación, lingüística y semiótica, este autor argentino describe seis tipos funda-mentales de estilos transferenciales, de acuerdo con el contenido y en especial con la forma de la comunicación, que corresponderían a igualmente diferentes puntos de fijación, con lo cual reformula la psicopatología en términos de estilo comu-nicativo. Según Liberman, y dentro de una concepción diádica y operacional de los fenómenos emergentes en el seno de la relación analítica, el analista, en su estra-tegia interpretativa, puede elegir estilos complementarios o simétricos en el diálo-go con el paciente. Si se comunica con el paciente en términos complementarios, la interacción tendrá una dirección curativa, si al contrario, lo hace de manera si-métrica, la relación llegará a un punto muerto o se producirá iatrogenia.(2)

2.5 Una familia conceptual controvertida: relación real, alianza terapéutica, alianza de trabajo y transferencia

Con el padre de estos conceptos nos hemos encontrado ya, aunque él mismo no se ha identificado como tal. En la obra de Freud, lo encontramos como la persona del médico a la cual el paciente se "adhiera", tanto como en la "relación real", cuya es-tabilidad configura el contrapeso de la transferencia. Pero, ¿qué sería de una fami-lia sin madre! A ella la encontramos en la "transferencia no chocante", que tem-pranamente en la historia de vida comienza a formar el silencioso pero sólido tras-fondo de confianza. La

transferencia no chocante es así la madre de la familia de conceptos que a continuación discutiremos. Atribuimos a las relaciones personales reales de tipo maternal la mayor influencia en el establecimiento de actitudes de confianza hacia el medio ambiente.

Si la confianza del paciente sobrepasa su desconfianza, se pueden esperar, en la terminología de Freud, transferencias inobjetables estables. ¿Por qué, entonces, cuando el padre y la madre de la familia ya existían, fueron introducidos nuevos términos que difieren entre sí y, como los niños reales, a veces se parecen más al padre y otras más a la madre? Sandler y cols. (1973) han destacado que, hasta la introducción del concepto de "alianza terapéutica" ("treatment alliance"), existía una confusión, debido a que Freud entendía, bajo transferencia positiva, tanto la transferencia no chocante como la libidinosa. Su trabajo muestra que la alianza terapéutica está compuesta de varios distintos elementos. En efecto, Zetzel (1956) entiende la alianza terapéutica de acuerdo con el modelo de la relación madre-hijo temprana. Ella es de la opinión que las etapas iniciales de un análisis corresponden, en algunos aspectos, a las fases tempranas del desarrollo infantil. De esta afirmación, Zetzel concluyó que el analista, especialmente al inicio de la terapia, debía modelar su conducta de acuerdo con la "buena madre". En contraste, la "alianza de trabajo" de Greenson (1965) incluye, sobre todo, los elementos reales o realísticos de la relación, que ya Fenichel (1941) había llamado "transferencia racional".

Una familia controvertida: pero, ¿qué está en discusión, y quiénes discuten? Lo que está en discusión son las relaciones y la jerarquía dentro de la familia. Se discute la importancia de la transferencia comparada con la relación real y, sobre todo, se discuten aquellos muchos elementos que están, consciente o inconscientemente, presentes y actuantes en la situación analítica, esto es, en la interacción entre analista y paciente, y cuyo origen no puede sólo encontrarse en el pasado.

Esperamos que el lector nos disculpe el que hablemos de los conceptos como si éstos fueran personas pendencieras. Así acortamos y simplificamos la descripción. Más tarde mencionaremos algunos autores que insuflarán el espíritu de pelea a los conceptos. Poco se ha considerado el hecho de que estos conceptos se llevan tan mal entre ellos, porque pertenecen a distintas escuelas de praxis. Los conceptos monádicos pelean con sus hermanas y hermanos diádicos. La transferencia, al igual que la escisión del yo de Sterba, como el yo normal ficticio de Freud, son conceptos monádicos, en cambio, todos los conceptos de relación, son, en su diseño y propósito, diádicos. Entonces comienza la disputa: ¿qué si hablamos pues de la relación transferencial como una relación de objeto? Claro que sí, pero, no como en la teoría de Klein, que al hacerlo, no deja con eso la psicología uni-personal. Esto significa entonces que no podemos dejar de tomar en serio la psicología bi o tripersonal de Balint. Pero, la transferencia se resiste a esto, por miedo a que a través de ello, el hijo favorito de la familia y a quien debemos nuestra existencia profesional, pueda sufrir menoscabo y con él el paciente y nosotros mismos.

No necesitamos repetir por qué Freud concibió la transferencia de manera monádica y por qué los miembros diádico-interaccionales de la familia conceptual permanecieron por largo tiempo innominados, teniendo, desde la clandestinidad y el incógnito, una efectividad aún mayor. Por eso la familia conceptual debió ser completada con aquellos miembros que desde siempre estaban ahí, pero que sólo habían sido descritos coloquialmente.

Recomendamos al lector el capítulo Sobre la psicoterapia de la histeria (1895d, p.290), donde se encuentra la maravillosa des-cripción de cómo el paciente puede ser ganado como "colaborador" para la terapia. Todas las evidencias hablan a favor de que Freud, también más tarde, siempre buscó, en primera línea, "aliarse" con el paciente y constituir con él un mismo "partido".

Nosotros subrayamos aquello de que "no toda buena relación entre analista y analizado, en el curso del análisis y después de él, ha de ser estimada como una transferencia" (Freud 1937c, p.225). Entretanto sin embargo, la transferencia positiva llegó a ser no el único y el más poderoso motivo para la participación del analizado en el trabajo en común (1937c, p.235-6). La relación será ahora formalizada en un "contrato" o en un "pacto". Cómo se cultiva la "lealtad a la alianza", es algo que queda sin mencionarse [las palabras entre comillas provienen de los trabajos tardíos de Freud, 1937c y 1940a]. Particularmente concluyente es el hecho de que Freud se orientó en su obra tardía más hacia el diagnóstico concebido monádicamente, a los cambios en el yo que no permiten la adhesión al contrato. Desde luego, se continúa, igual que antes, enfatizando que el analista actúa como "modelo" y como "maestro" y "que el vínculo analítico se funda en el amor a la verdad, es decir, en el reconocimiento de la realidad objetiva" (1937c, p.249). Por el contexto, es claro que se trata por lo menos también de la realidad del analista como persona, aunque el cómo ésta influye en la transferencia, es algo que queda abierto.

Si el problema del reconocimiento de la verdad fuera algo que, desde el punto de vista de la técnica terapéutica, estuviera resuelto, podríamos ahorrarnos la discusión en las secciones 2.7 y 2.8. En vez de eso, hay controversias, típicas de peleas familiares: entre los conceptos monádicos como "transferencia no chocante", "escisión del yo" (Sterba 1934), "yo normal ficticio" (Freud 1937c), por una parte, y, por la otra, los conceptos diádicos que tuvieron su protoforma coloquial en la obra de Freud: el "trabajo en común" (Sterba 1940), la "alianza terapéutica" (Zetzel 1956) y la "alianza de trabajo" (Greenson 1965). En el interior de la familia no sólo se discute quién se relaciona especialmente con quién y si acaso no todos provienen de la transferencia no chocante, esto es, de la relación madre-hijo temprana. Para entender la controversia es absolutamente esencial tomar en cuenta que la transferencia se siente orgullosa de su contenido de verdad psíquica, subjetiva, aunque no por eso contenga menos distorsiones. Se llega a decir que cuando las transferencias negativas ganan la delantera, pueden paralizar totalmente la situación analítica. En ese momento, la relación realística, condición de

existencia de la cura, se verá enterrada. En este punto, Freud -cuando dice que paciente y analista se apuntalan en el mundo exterior real (1940a, p.174)- introdujo una verdad externa, aparentemente objetiva, que vista con mayor precisión es, en realidad, no menos subjetiva que aquella que surge de la transferencia. La introducción de la persona real (del sujeto) en la alianza de trabajo no perjudica el hallazgo de la verdad, al contrario, con ello la subjetividad de nuestras teorías se hará manifiesta. Así, la responsabilidad del analista individual es mucho mayor y se esperará mucho más de él que examine su práctica científicamente, comenzando con la reflexión crítica sobre su propio pensar y proceder, esto es, con práctica controlada.

Examinaremos a continuación más de cerca el árbol genealógico de los miembros de la familia, comenzando con la escisión del yo como prototipo de la concepción monádica, para luego llegar al "trabajo en común" y sus derivados. En relación a la capacidad para la escisión terapéutica del yo, Sterba cita la siguiente descripción de Freud sobre la situación analítica, como la única situación donde el análisis puede ser totalmente probado en su efectividad, concepto que ha tenido mucho éxito e influencia.

Esta situación, como es sabido, en la plenitud de sus notas ideales, presenta el siguiente aspecto: alguien, en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no se puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio. El médico trabaja entonces codo con codo junto a un sector de la personalidad dividida en dos por la enfermedad, y contra la otra parte en el conflicto. Las situaciones que se apartan de ésta son más o menos desfavorables para el análisis [...] (Freud 1920a, p.143; la cursiva es nuestra).

Sterba reduce la descripción de Freud a su esencia: De la división surge la escisión, y la capacidad del paciente de reconocer conflictos internos como determinantes de su enfermedad llega a ser un importante criterio de indicación de la técnica. Finalmente, pareciera que las únicas personas adecuadas para el psico-análisis son aquellas cuyos conflictos intrapsíquicos se dan en un nivel edípico. El hecho de que Kohut explícitamente viera la psicología del self y la técnica para tratar trastornos narcisistas de personalidad como complementando la terapia clásica de los conflictos edípicos, debería bastar para ilustrar las consecuencias que tuvo la escisión en el yo como lugar común mal entendido. Ciertamente es más fácil si el paciente llega con conciencia de sus conflictos, pero es siempre necesario que el analista esté dispuesto a construir una relación terapéutica sólida. En la posterior recepción de la escisión del yo, se olvidó totalmente cómo se promueve el "trabajo en común" incorporando los elementos no transferenciales de la relación, aunque Sterba (1929, 1940) y Bibring (1937) enfatizaron la identificación con el analista y el "trabajo en común" como fundamento de la terapia.

A través de la conceptualización unilateral y más bien negativa de la cura psico-analítica, se menosprecian las experiencias genuinas y enormemente placenteras de descubrir nuevos ámbitos de vida mediante el entender y el

trabajar en común, en la medida en que se las considera como meras sublimaciones. Si se declara con Fürstenau (1977) que la relación entre analista y paciente es una "relación de una no-relación", se permanece dentro de un entendimiento de la terapia en el cual se asigna al psicoanalista un significado más bien negativo y paradójico. Por otro lado, es equívoco hablar de relación, colaboración o encuentro, cuando no se aclara la manera como estas dimensiones terapéuticas se configuran. Freud nos enseñó el análisis de la transferencia, siendo la relación para él por sí misma evidente, lo cual contribuyó, entre otras cosas, a que transferencia y relación se desarrollaran en sus tratamientos paralelamente y sin conexión entre sí. Hoy en día, sin embargo, de lo que se trata es precisamente de reconocer e interpretar su mutua interacción. Por esto creemos que es erróneo definir la situación analítica y la relación inter-personal particular que la constituye como algo negativo, sea como la relación de una no-relación, o de acuerdo con su asimetría, como si las relaciones humanas naturales (esto es, comunidades que comen, duermen y trabajan en común) fueran simétricas como las formas geométricas. Ciertamente, la comunidad de intereses entre analista y analizado también es desigual. Lo esencial es el punto desde donde se parte: de las posiciones desiguales o de la tarea que sólo se puede realizar a través de los esfuerzos comunes aunque muchas veces encontrados. Según nuestra opinión, es tan erróneo deducir de la comunidad de intereses una relación de "compañerismo", como antiterapéutico es el enfatizar la asimetría tan fuertemente, como para que las identificaciones se dificulten o incluso se lleguen a bloquear totalmente.

Con todo lo ambiguo que pueda parecer la presente familia de conceptos, llegó a ser sin embargo esencial, tanto por razones prácticas como teóricas, agregar algún concepto que complementara las igualmente diversas formas de transferencia, pues la teoría de la transferencia trata de explicar la conducta actual del paciente y su así llamada analizabilidad, a partir del pasado. En última instancia, la capacidad del paciente de superar sus transferencias negativas y positivas, o la resistencia a la transferencia, se retrotrae a la transferencia positiva benigna y no chocante en la relación temprana madre-hijo. En esto se puede ver que el influjo del analista en este punto sería en lo esencial de naturaleza secundaria, es decir, solamente algo derivado.

Esta teoría de la transferencia no sólo no hace justicia a experiencias terapéuticas. En una inspección más precisa, es claro que con la escisión terapéutica del yo de Sterba -uno de los primeros miembros de la familia de conceptos- la psicología del yo tuvo que desembocar en la alianza de trabajo como contrapartida técnica a la teoría de las funciones autónomas del yo. Cuando el paciente, con la ayuda de las interpretaciones del analista o por sí mismo, reflexiona sobre sus propias expresiones o se autoobserva, no lo hace desde el vacío. El yo del analista, a causa de su normalidad, puede considerarse como ficticio, pero lo que él piensa y siente en relación al paciente y cómo percibe la transferencia del paciente, no es de ningún modo ficticio. De la misma

manera como el paciente no va a parar a una "tierra de nadie" cuando emerge de su transferencia, así tampoco el analista cae en el vacío cuando especula sobre las fantasías inconscientes de su paciente o cuando trata de fundamentar su contratransferencia. Lo que él le sugiere al paciente está influenciado tanto por la transferencia, como por la opinión que tenga de las percepciones realistas del paciente. No es suficiente sólo el conocimiento genético; para reconocer los fenómenos transferenciales y llamarlos por su nombre, es necesario hacerlo desde una posición externa a este reconocimiento. El paciente también está parcialmente fuera de la transferencia; de otro modo no tendría ninguna posibilidad de hacer las nuevas experiencias que el analista estimula a través de las miradas innovativas que ofrece. La transferencia se determina entonces desde la no transferencia y viceversa.

El que hay algo fuera de la transferencia, y esto es la identificación con el analista y sus funciones, se muestra por el establecimiento de la relación terapéutica que no se disuelve con la terminación del tratamiento. El ideal de la resolución de la transferencia formó parte de una concepción monádica del proceso terapéutico y no es por lo tanto de sorprender que tal resolución no se la encuentre en la realidad (véase cap. 8). Naturalmente es verdad que siempre en eso ha habido diferencias de evaluación: la transferencia no chocante nunca fue objeto de análisis para Freud y estaba por lo tanto fuera del campo de lo que debiera ser resuelto.

Para hacer más entendible lo que queremos decir, repetimos que Zetzel fundamentó la capacidad del paciente de establecer relaciones en la vida en términos de la transferencia materna no chocante. La alianza terapéutica de Zetzel se deduce entonces de la teoría tradicional de la transferencia y calza bien con ella. Con los años, Greenson independizó ampliamente su alianza de trabajo de la teoría de la transferencia. Razones prácticas y teóricas explican por qué las declaraciones de independencia de Greenson (1967) se extendieron por muchos años y las relaciones con la madre patria quedaron poco claras. Así, él habló de la alianza de trabajo como un fenómeno transferencial (1967, pp.207, 216) pero al mismo tiempo enfatizó que se trataba de dos fuerzas antitéticas. ¿Cómo se puede resolver esta contradicción? En tanto en cuanto se equipara la transferencia con las relaciones de objeto (en el sentido analítico) en la situación terapéutica, entonces la alianza de trabajo es también una relación de objeto con componentes inconscientes y requiere así una interpretación.

A lo largo de las últimas décadas, la expansión de la familia de conceptos que acabamos de discutir, se acompañó de la extensión del concepto de transferencia. El lector no encontrará fácil conciliar estos dos desarrollos, uno destacando los elementos no determinados por la transferencia (la relación terapéutica) y el otro enfatizando la transferencia. El reconocimiento de los elementos no determinados por la transferencia y la percepción de la transferencia como una relación objetal totalizante (relación transferencial), surge de tradiciones distintas de práctica psico-analítica que tienen sin embargo

raíces comunes. Hace cincuenta años, Sterba (1936, p. 467) afirmó que la transferencia era esencialmente una relación de objeto como cualquier otra, aunque simultáneamente enfatizara la necesidad de diferenciación. La contribución esencial para la extensión del concepto de transferencia fue hecho por Klein (1952) y los "teóricos británicos de las relaciones de objeto", para usar una frase acuñada por Sutherland (1980) para aludir a Balint, Fairbairn, Guntrip y Winnicott y para destacar su independencia y originalidad dentro de la escuela inglesa. El carácter ahistórico, casi inmodificable que Klein adscribe a las fantasías inconscientes de relaciones de objeto, significa que ellas están siempre presentes y extremadamente efectivas. Así, en el aquí y ahora también se pueden hacer inmediatamente interpretaciones profundas (Heimann 1956; Segal 1982).

En la escuela kleiniana, la transferencia tiene un lugar único en el marco de su teoría especial de las relaciones de objeto. El rechazo del narcisismo primario tuvo al principio consecuencias terapéuticas fructíferas. Según esta teoría, las fantasías transferenciales inconscientes se dirigen inmediatamente al objeto, al analista y -lo que es aún más importante- no parecen ser ocultadas por las resistencias, con lo cual se hacen inmediatamente interpretables. (3) Mientras en la escuela de la psicología del yo, la estrategia interpretativa es un rompecabezas que se puede caracterizar con tópicos como: superficie, profundidad, transferencia positiva o negativa, interpretación de la resistencia, etc., la teoría de Klein recomienda interpretar inmediatamente las supuestas fantasías inconscientes como transferencias. Anna Freud relaciona las interpretaciones transferenciales casi exclusivamente con el pasado (1936, p.27), concediendo una génesis situacional sólo a la resistencia. En el análisis de la resistencia en sentido estricto, como fuera propuesto por Reich y después por Kaiser (1935) y criticado por Fenichel (1953 [1935a]), el analista rompe su silencio sólo con ocasionales interpretaciones de la resistencia. Klein afloja así la rigidez del análisis de la resistencia y reemplaza el silencio por un nuevo estereotipo: el de las interpretaciones transferenciales inmediatas de fantasías objetales inconscientes con el típico contenido kleiniano del pecho "bueno" pero sobre todo del pecho "malo".

En la teoría de Klein, el aquí y ahora es entendido exclusivamente como transferencia en el sentido de repeticiones ahistóricas (Segal 1982). Es, sin embargo, cuestionable adscribir a los aspectos inconscientes de la vivencia una existencia atemporal y ahistórica especial, por más impresionante que pueda ser el almacenamiento de pensamientos oníricos latentes en la memoria de largo plazo. El inconsciente no tiene existencia en sí mismo: está unido a la historicidad de la existencia humana. En la visión de Klein de la transferencia las repeticiones asumen tal importancia, que la temporalidad -pasado, presente y futuro- pareciera suspenderse. Por esta razón, la cuestión del cambio a través de nuevas experiencias fue algo por largo tiempo desatendido en esta teoría (Segal 1964). Klein opina que en el proceso de "desenmarañar los detalles de la transferencia, es esencial pensar en términos de situaciones totales

transferidas del pasado al presente, tanto como de emociones, defensas y relaciones de objeto" (1952, p.437; cursiva en el original). Siguiendo a Klein, Betty Joseph (1985) lo expresa así: "Por definición la transferencia incluye todo lo que el paciente aporta a la relación. Para tener una idea cabal de lo que aporta el paciente, debemos concentrar nuestra atención en lo que ocurre en el marco de esta relación, es decir, en la manera en que el paciente usa al analista, en forma paralela y aún más allá de lo que manifiesta verbalmente" (p.447; la cursiva es nuestra).(4) El paciente debe, sin embargo, llegar a un acuerdo con su analista y con la visión de este último sobre la realidad psíquica del presente y del pasado, para poder liberarse a sí mismo de la transferencia y abrirse hacia el futuro. El "aquí y ahora" puede a lo mucho sólo parcialmente ser un "allá y entonces"; de otro modo no habría futuro, el cual, reveladoramente, no se deja localizar con adverbios tan a la mano.

Por esta razón, la definición tradicional restringe la transferencia a todo aquello que no es nuevo en la situación analítica, esto es, a las reediciones repetitivas de los conflictos intrapsíquicos que tienen su origen en relaciones de objeto pasadas y que se disparan automáticamente en la situación de tratamiento. Pero, desde el momento en que en la terapia se posibilita la aparición de nuevas soluciones, se hace imperativo destacar este aspecto de la relación entre analista y analizando, mediante los términos especiales que introdujimos como los miembros diádicos de la familia de conceptos asociados a la alianza de trabajo. Al mismo tiempo, sin embargo, la técnica de interpretación de la psicología del yo queda ligada al pasado y al modelo del conflicto intrapsíquico. Puesto que la transferencia fue vista como una distorsión circunscrita de la percepción, el analista que trabaja de acuerdo con la psicología del yo, se pregunta: ¿Qué es lo que ahora se repite?, ¿qué deseos y miedos inconscientes se están actualizando?, ¿qué defensas se erigen contra ellos? y -sobre todo- ¿a quién están ellos dirigidos? ¿qué transferencia, materna o paterna, está siendo duplicada conmigo? Obviamente, estas preguntas se refieren primaria-mente al pasado, el cual está siendo repetido sin que el paciente tenga conciencia de ello. Para que la repetición tenga el mayor impacto y así posibilite convincentemente el retrotraerla a recuerdos dinámicamente activos, conservados en el inconsciente, se dan algunas reglas técnicas de comportamiento: el analista se conduce pasivamente y espera hasta que la transferencia positiva benigna se transforme en resistencia. Finalmente, él interpreta la resistencia.

"El aquí y ahora es en primer lugar importante porque conduce hacia atrás hacia el pasado que lo originó". En nuestra opinión, esta afirmación de Rangell (1984, p.128) caracteriza, sucintamente, una técnica de interpretación que le asigna la primera significación a los recuerdos, relegando la relación actual, esto es, el enfoque interaccional, al segundo lugar. Exagerando, se podría decir que sólo se toma en cuenta aquella porción de transferencia del proceso terapéutico diádico para dirigir rápidamente la atención al pasado y a los recuerdos. Aunque Rangell reconoce el significado de la relación de trabajo

cuando afirma que las interpretaciones sólo se pueden hacer después que tal relación ha sido construida, él enfatiza que el analista no necesita hacer un esfuerzo especial en esta dirección (1984, p.126). En este punto Sterba tenía una idea totalmente distinta desde el momento en que él estimulaba la inducción del "trabajo común":

Desde el principio el paciente debe ser animado al trabajo "común" en contra de algo. Cada sesión le da al analista varias oportunidades de emplear el término "nosotros" para referirse a sí mismo y a aquella parte del yo del paciente que está en consonancia con la realidad (Sterba 1934, p.121).

En el tratamiento, el problema es entonces de prioridades técnicas. El que las transferencias se orienten al objeto es indiscutible, desde el momento en que los deseos que surgen del inconsciente hacia el preconscious se asocian primariamente a objetos, aun cuando estos últimos puedan no tener representación mental en las primeras etapas de la vida. De acuerdo con la teoría topográfica de Freud, como está expuesta en La interpretación de los sueños, son estos sucesos intrapsíquicos los que forman la base de la transferencia clínica. El supuesto teórico corresponde a la experiencia de que las transferencias son provocadas "desde arriba" por restos diurnos reales, igual que los sueños. Las percepciones realistas, que varían en su curso, son entonces cosa del analista. Cuando en las interpretaciones transferenciales se descuidan estos restos diurnos, se descuida con ello la interacción y se comete una omisión grave y llena de consecuencias. El descuido generalizado de estos restos diurnos en las interpretaciones transferenciales es inherente a esta teoría y guarda relación con la evitación de los lazos realísticos con la persona del analista, porque el reconocer tales vínculos contraviene el paradigma técnico del espejo reflectante. Así se aclara la llamativa discrepancia que existe en la teoría y práctica de la transferencia hasta hoy prevalentes, entre la interpretación habitual de los sueños "desde arriba", que se apoya en los restos diurnos y el no considerar los restos diurnos en las interpretaciones transferenciales.

No fue sólo en la escuela de Klein donde la extensión de la teoría de la transferencia condujo a cambios considerables en la técnica de tratamiento. Quisiéramos ilustrar esto con una referencia a la controversia entre Sandler y Rangell. El siguiente pasaje contiene los puntos esenciales de los argumentos de Sandler:

Parece claro que la introducción y descripción de estos procesos objetales (object-related), particularmente las defensas objetales, reflejan una dimensión esencialmente nueva en el trabajo analítico y en el concepto de transferencia. El análisis del aquí y ahora de la interacción analítica comenzó a tomar precedencia, en términos del "timing" de las interpretaciones, sobre la reconstrucción del pasado infantil. El que el paciente use defensas dentro de la

situación analítica que lo envuelven tanto a él como al analista, fue visto como transferencia y pro-gresivamente esto llegó a ser un foco primario de atención para este último. La cuestión "¿qué está sucediendo ahora?" pasó a contestarse antes que la pregunta "¿qué revela el material del pasado del paciente?". En otras palabras, el trabajo analítico (en Inglaterra al menos), llegó a centrarse cada vez más en el uso que el paciente hace del analista en sus deseos y pensamientos inconscientes, de la manera como ellos aparecen en el presente -esto es, en la transferencia como, implícita o explícitamente, fue entendida por la mayoría de los analistas- a pesar de la limitada definición oficial del término (Sandler 1983, p.41).

La crítica de Rangell fue a los fundamentos. El plantea la siguiente cuestión: "¿Se trata todavía primero de las resistencias y de las defensas, como lo fue con Freud, Anna Freud, Fenichel y otros? ¿o nos hemos mudado a aquello que por muchos es promulgado como 'primero la transferencia', o más aún, 'sólo la transferencia'?" Para él todo parece haber conducido a una nueva polarización: muchos analistas, en muchas partes, le dan preferencia al aquí y ahora sobre la reconstrucción y el insight. "Finalmente -afirma Rangell- debemos decidir entre dos concepciones diferentes de la transferencia, la intrapsíquica versus la interaccional o transaccional. La misma elección necesita ser hecha entre los modelos intrapsíquico e interaccional del proceso terapéutico" (Rangell 1984, p.133).

Por nuestra parte, creemos que las decisiones ya fueron tomadas y que las controversias al respecto son dogmáticas en su origen. Pertenece a la naturaleza misma del concepto de transferencia el que éste deba ser complementado si es que debe llenar las demandas de la práctica terapéutica y de una teoría amplia de la cura. Lo mismo vale para la elección entre los modelos intrapsíquico e interaccional de la terapia. Después de todo, no se trata de una pregunta tipo "éste o aquél", sino más bien de un "tanto como también". ¿Podría llegarse a un compromiso espurio? De ninguna manera.

El psicoanálisis en su conjunto vive de la integración, mientras cada escuela particular trata de afirmar sus propias visiones unilaterales. Esta es la raíz de las continuas controversias, que en lo que sigue queremos ilustrar con algunos ejemplos típicos. En nuestra opinión, el reconocer el hecho de que estas controversias son dogmáticas en su origen, debe beneficiar la práctica psicoanalítica, pues la clarificación conduce al cambio, y esto no sólo en la terapia. Los siguientes ejemplos aclaran algunos problemas. La crítica de Rosenfeld (1972) al énfasis que pone Klauber (1972a) en la influencia personal del analista, alcanza el nivel de una polémica personal. Eissler (1958), al revés de lo que hace Loewenstein (1958), se-para estrictamente la interpretación de la persona del analista. Brenner (1979a) creer poder mostrar, usando como ejemplo algunos de los casos de Zetzel, que la introducción de la alianza terapéutica y otros conceptos auxiliares sería totalmente superflua si solamente la transferencia fuera bien analizada. Este autor opina que tales muletas u otras

semejantes sólo son necesarias cuando se descuida el análisis de la transferencia. Y en efecto, él no tiene mayores dificultades para demostrar omisiones en los análisis de Zetzel. En una equilibrada toma de posición, Curtis (1979, p.190) destaca que el peligro reside en ver la alianza terapéutica y toda la familia de conceptos como una meta en sí misma, esto es, la meta de crear una nueva relación de objeto, correctiva, en vez de usar ésta como instrumento para el análisis de la resistencia y la transferencia. A la luz de esta argumentación, se hace claro por qué Stein (1981) pone incluso reparos al concepto freudiano de trans-ferencia no chocante, pues toda conducta, cualquiera que sea su origen, tiene as-pectos inconscientes que pueden, o, más aún, que deben ser interpretados en el aquí y ahora, aun en el caso de que no sean "chocantes". En la situación analítica siem-pre se descuida algo. Si se concentra la atención, como lo hacen Gill y Hoffman (1982), en lo que aporta el analista a la génesis de la "resistencia a la transferen-cia", se pueden perder de vista sus orígenes inconscientes, como con razón lo ha comentado Stone (1981b).

La rama más joven de esta familia de conceptos es la concepción total de Kohut de la transferencia en el marco de su teoría de los "objeto-sí mismos". Es total, en el sentido que Kohut (1984) considera las relaciones humanas y el ciclo de vida como la historia de procesos inconscientes que buscan y encuentran "objeto-sí mismos". Estos "objeto-sí mismos" son relaciones de objeto arcaicas en las cuales el sí mismo y el objeto, o, el yo y el tú, están fusionados. Estos objetos se des-ciben como parte del sí mismo y el sí mismo como parte de los objetos. Corres-pondientemente, las formas especiales de transferencia descritas por Kohut, esto es, la transferencia idealizada y la transferencia especular, ésta última con los sub-tipos de transferencia fusionada, gemelar y especular en sentido estricto, son va-riaciones dentro de una unidad interaccional. La teoría de Kohut se diferencia de otras teorías de relaciones de objeto por el énfasis excepcional en las expectativas exhibicionistas grandiosas que atribuye al niño pequeño. De acuerdo con Kohut, el desarrollo de una estable confianza en uno mismo depende del reconocimiento y de la respuesta a estas expectativas. La teoría kohutiana de los "objeto-sí mismos" pone en una relación genética los trastornos en las relaciones objetales y los tras-tornos de la confianza en sí mismo, en la cual el mostrarse y reflejarse en los ojos de la madre juega un rol extraordinariamente importante.

El que en la teoría de Kohut de los "objeto-sí mismos" la dependencia del medio se mantenga toda la vida, tiene para la técnica analítica tanto consecuencias gene-ales como específicas. Todos los pacientes dependen del reconocimiento, a causa de su inseguridad, y transfieren las correspondientes expectativas al analista. Kohut describe además transferencias de "objeto-sí mismo" específicas y ofrece una funda-mentación genética para su interpretación, refiriéndola a sus orígenes. Nos apo-yamos en el resumen que hacen Brandchaft y Stolorow (1984, pp.108-109):

Estas relaciones de "objeto-sí mismo" son necesarias para mantener la estabilidad y cohesión del sí mismo mientras el niño adquiere, paso a paso, la estructura psíquica que necesita para mantener su propia capacidad de regulación del sí mismo. El desarrollo de las relaciones de "objeto-sí mismo" refleja la continuidad y la armonía de los procesos evolutivos a través de sus distintas etapas jerárquicamente organizadas. En la "omnipotencia", la cual ha sido descrita como característica de las relaciones de objeto arcaicas (M. Klein, Rosenfeld, Kernberg), podemos reconocer la persistencia de las confiadas expectativas de que estas necesidades de "objeto-sí mismos" serán satisfechas. Donde persisten necesidades arcaicas de "objeto-sí mismo", se ha interrumpido la diferenciación, integración y consolidación de las estructuras del sí mismo y la línea evolutiva de las relaciones de "objeto-sí mismo". Así, se continúan necesitando, esperando y usando "objeto-sí mismos" arcaicos, pobremente diferenciados e integrados, como substitutos de estructuras psíquicas faltantes.

La relación con el analista es así modelada según expectativas inconscientes totales que parecen requerir un tipo de reflexión totalmente diferente de aquel que Freud introdujo con su analogía del espejo. Aunque Kohut (1984, p.208) enfatiza que él aplica el método psicoanalítico de una manera aún más estricta que la prescrita por Eissler en su modelo técnico ideal, pareciera que a través de las interpretaciones de transferencias de "objeto-sí mismo" se proporciona mucho reconocimiento. Discutiremos este tema con mayor detalle en el capítulo 4.

Esta muestra representativa de controversias contiene reparos que pueden ser correspondientemente justificados, porque siempre es más fácil mostrar que un analista ha dejado pasar oportunidades de interpretar la transferencia. Estas controversias pueden alcanzar un nivel de discusión productivo si se reconocen sus diferentes asunciones teóricas y se superan las ortodoxias de las distintas escuelas.

Los representantes de la escuela de Klein y los seguidores del modelo técnico ideal de Eissler tanto como Kohut y su escuela, se diferencian entre sí en sus correspondientes contenidos transferenciales típicos. Al mismo tiempo, se aferran firmemente a sus respectivas maneras puristas de entender la transferencia.

A pesar de que precisamente el hecho de que cada escuela describa contenidos transferenciales típicos habla a favor de la influencia del analista en tales contenidos, las escuelas no han sacado de esto ninguna consecuencia. Es casi indudable que una relativización del propio punto de vista del analista sería inevitable si tales consecuencias se extrajeran. Las diferentes teorías estacan de distintas maneras el campo de la transferencia y los diversos enfoques técnicos lo abarcan y cultivan de forma también diferente. Las transferencias se definen desde la no transferencia y viceversa. Desde un punto de vista tanto teórico como práctico es entonces indispensable complementar las teorías de la

transferencia que se orientan al pasado. Por otro lado, es comprensible, como también iluminador, que en las escuelas estrictas se desdeñe la alianza de trabajo independiente de la transferencia, pues con eso se remplazaría un modelo intrapsíquico de la transferencia y de la terapia por una conceptualización interpersonal. En la práctica psicoanalítica no dependiente de escuelas, hace tiempo que las decisiones fueron tomadas siguiendo esta línea. Del mismo modo, la controversia de Sandler y Rangell sobre el aquí y ahora de las interpretaciones transferenciales va mucho más allá de prioridades en la técnica de interpretación. El cambio, aparentemente inofensivo, en el enfoque del analista, cuando ahora en primer lugar se pregunta "¿qué está sucediendo ahora?", tiene enormes consecuencias terapéuticas y teóricas, que afectan, por ejemplo, la importancia relativa que se asigna a la construcción y la reconstrucción. Cuando se parte de la relación transferencial actual completa, se reconoce el enfoque interaccional, bipersonal y con ello la influencia del analista en la transferencia. Es por lo tanto equívoco hablar sólo de una ampliación en el concepto de transferencia. Se trata de un cambio de perspectiva que desde hace tiempo se ha venido preparando en la práctica psicoanalítica; pues la relación entre el "aquí y ahora" y el "allá y entonces" se ha visto siempre como importante, aunque sólo hace poco se ha considerado lo mucho que influimos en lo "que está sucediendo ahora".

El nuevo objeto como sujeto: de la teoría de las relaciones de objeto a ...
Los síntomas neuróticos, psicóticos y psicosomáticos tienen sus raíces en la historia vital del paciente y la observación de repeticiones e intensificaciones conflictivas ofrece conocimientos esenciales sobre sus conexiones psicogenéticas y psicodinámicas. Desde el punto de vista terapéutico, es decisivo saber cuánto tiempo y con cuánta intensidad el analista usará los anteojos retrovisores, cuándo se pondrá los lentes para mirar de cerca y dónde se posará su mirada a distancia. La relación entre las diferentes perspectivas determinan en una alta proporción lo que se verá como transferencia. Finalmente, ¿cómo apreciar la comprensión totalizante de la transferencia, en la cual la relación con el analista es central?
Las interpretaciones de la transferencia son válidas para varios niveles de esta relación de objeto, que para el paciente son preconscientes o inconscientes. La perspectiva del paciente se profundiza y se extiende en la confrontación con las opiniones del analista. Aunque el ideal es la comunicación mutua, la influencia del analista puede llegar a ser particularmente grande si éste opta por una concepción ampliada y totalizante de la transferencia (relación transferencial). De esta manera, Balint criticó las interpretaciones estereotipadas de la transferencia que hacen al psicoanalista todopoderoso y al paciente extremadamente dependiente. Esta crítica apuntaba a la técnica kleiniana, en la cual la relación transferencial es vista exclusivamente como una repetición. Mientras más interpretaciones transferenciales se den, más importante es

considerar los desencadenantes reales en el aquí y ahora y no perder de vista la realidad externa del paciente.

Esperamos haber mostrado la necesidad de reconocer la alianza terapéutica (la relación real de Freud) como un componente terapéutico esencial de la situación analítica y la necesidad de tenerla sistemáticamente en cuenta. De otra manera nos quedamos prisioneros en la paradoja de Münchhausen, según la cual la transferencia debe tirarse de sus propios cabellos para no empantanarse. Schimek (1983, p.439) habló en este sentido de la paradoja clínica que significa el usar el poder de la transferencia para resolver esta misma transferencia. Ya Ferenczi y Rank habían llamado la atención sobre esta paradoja en su libro *Metas evolutivas del psico-análisis* [Entwicklungsziele der Psychoanalyse (1924, p.20)], donde leemos que sería una contradictio in adjecto pretender usar el amor que el paciente siente por el médico para ayudarlo, precisamente, a renunciar a este amor.

Finalmente, quisiéramos enfatizar que cuando hablamos de la capacidad del paciente para establecer una alianza de trabajo, no se trata de rasgos constantes de personalidad. Lo que el analista aporta a la díada terapéutica puede reforzar positivamente o debilitar negativamente la alianza. Liberman habla de un tipo de inter-acción iatrogénica cuando el analista falla en su capacidad de entender globalmente al paciente (cit. por Lerner y Nemirovsky 1986). E. y G. Ticho (1969), en particular, señalaron la reciprocidad entre la alianza de trabajo y la neurosis de transferencia.

Luborsky (1984), entretanto, ha presentado evidencia empírica de que la alianza de trabajo tiene una influencia decisiva en el curso y resultados del tratamiento. La prueba del cambio, a la cual Freud (1909b) recurrió en base a razones teóricas y prácticas, justifica y a la vez limita tanto el margen de libertad del método psico-analítico, como la influencia que el analista gana a través de su manejo de la transferencia como parte vital del proceso analítico.

2.6 El nuevo objeto como sujeto: de la teoría de las relaciones de objeto a la psicología bipersonal

Freud habló del "nuevo objeto" y de la "nueva lucha" que libera de la transferencia: la primera fase del trabajo terapéutico es la génesis de la transferencia a través de la liberación de la libido de los síntomas y la segunda fase es la lucha por el nuevo objeto, el analista (Freud, 1916-17, pp.414-5). Es claro que el lado innovador de la lucha consiste en el nuevo objeto cuyas cualidades fueron especialmente elaboradas por Loewald (1960). El que simultáneamente apareciera el influyente libro de Stone sobre la situación analítica (1961), habla a favor del productivo espíritu de los tiempos (Zeitgeist) del psicoanálisis. Creemos que el camino hacia el nuevo objeto debe pasar inevitablemente por el reconocimiento de que el sujeto es el observador participante que interpreta guiado por sus sentimientos y por su teoría. El peso del trabajo terapéutico no

es llevado por un nuevo objeto sino por una persona, por el psicoanalista. A través de sus interpretaciones, éste muestra al paciente, paso a paso, cómo él lo ve, poniendo así a su alcance visiones y conocimientos nuevos y distintos sobre sí mismo, lo cual posibilita los cambios. El nuevo sujeto tiene un efecto innovador sobre el paciente. ¿Cómo puede la sugestión, parte de la transferencia que se trata de eliminar, producir cambios? Las repeticiones no se eliminan por el mero hecho de disuadir al paciente de ellas mediante sublimación o sugestión interpretativa. Esto debería, sin embargo, explicar los cambios terapéuticos si se quisiera incluir la influencia del psicoanalista en la analogía de la transferencia y la sugestión.

Freud elaboró tales analogías y con eso contribuyó a las unilateralidades que postergaron un entendimiento más profundo de la función terapéutica del nuevo sujeto.

La persona del médico con la cual el paciente tiene un "rapport" formal en una "transferencia operativa" es, en la teoría de la técnica de Freud, sólo "una de las imágenes de aquellas personas de quienes [el paciente] estuvo acostumbrado a recibir amor" (Freud 1913c, p.140). El sujeto es también ciertamente usado como objeto, como lo señala Winnicott (1971). En el objeto se escenifican las transferencias. El problema terapéutico consiste en la resolución de la repetición, en interrumpir el círculo vicioso neurótico que se autoperpetúa. Ahora se trata de dos personas que pueden comportarse autocríticamente. Para quebrar el círculo vicioso de la repetición compulsiva, es esencial que el paciente, como dijo Loewald, pueda descubrir algo nuevo en el objeto. El analista como persona no corresponde, parcial o quizás totalmente, a las expectativas del paciente en ciertas áreas -en especial en el campo de los síntomas o de determinadas dificultades de vida- expectativas que hasta entonces han sido siempre llenadas por virtud de mecanismos dirigidos desde el inconsciente. Freud habitualmente explica lo "nuevo" en términos de patrones bio-gráficos, de la credulidad infantil. El siguiente es un ejemplo: "Tal influjo personal es nuestra más poderosa arma dinámica, es lo nuevo que introducimos en la situación y aquello mediante lo cual lo fluidificamos. [...] El neurótico se pone a trabajar porque presta crédito al analista. También el niño cree sólo a las personas de quienes depende" (Freud 1926e, p.210; la cursiva es nuestra).

A causa de que la teoría psicoanalítica de las pulsiones habla del objeto, y este uso del lenguaje también se continuó en la psicología de las relaciones objetales, se ha pasado por alto que tenemos que ver con seres vivientes, con personas que se afectan unas con otras. El psicoanalista ofrece al menos soluciones implícitas, incluso no dichas, cuando cree estar hablando nada más que de transferencias. Hoy en día sabemos, gracias a los muchos y fundamentados estudios sobre la praxis de Freud que Cremerius (1981b) examinó e interpretó críticamente, que el fundador del psicoanálisis tenía un concepto amplio y pluralista del tratamiento y que usó un amplio espectro de medios terapéuticos. Sin embargo, la revolucionaria significación de la

introducción del sujeto en la observación y en la terapia permaneció oculta, porque los difíciles problemas asociados a ésta eran un grave peso para la teoría y la práctica psicoanalítica. Sólo en las décadas recientes ha llegado a ser posible resolver estos problemas (véase, por ejemplo, Polanyi 1958).**(5)** Freud trató de reeliminar el sujeto inmediatamente y de trasladarlo hacia afuera del terreno de la "tecnología psicoanalítica" (Wisdom 1956; véase cap. 10). El sujeto emerge nuevamente en la discusión sobre la técnica de tratamiento, esta vez reducido a la contratransferencia, que debe ser mantenida en un mínimo para salvar la objetividad. Freud deja al sujeto en el área extratécnica y es allí donde la persona real del analista ha permanecido, hasta tiempos recientes, en la teoría de la técnica. Actualmente, empero, ocurren transformaciones que cambian el paradigma terapéutico y teórico de Freud. En su publicación pionera, *The point of view of psycho-analysis: Energy discharge or person?* ("El punto de vista del psicoanálisis: ¿descarga energética o persona?"; 1983), Gill alegó convincentemente a favor de la integración entre la interacción interpersonal e intrapsíquica y por la síntesis de la teoría de las pulsiones y la teoría de las relaciones de objeto. El que un autor que por más de tres décadas contribuyera, junto a Rapaport (1959), a expandir los puntos de vista metapsicológicos, considere ahora a la persona como más central que la descarga energética, y a la cual todo lo demás debe ser subordinado, es algo que por sí sólo debe dar que pensar. Científicamente es más importante, por cierto, el hecho de que las observaciones psicoanalíticas cambien bajo la perspectiva del primado de la persona, y el cómo lo hacen, o, más correctamente, bajo el punto de vista de la concepción de Gill de la interacción entre las personas.

Los pilares centrales del psicoanálisis -transferencia y resistencia- fueron contruidos sobre la base de un "desapego" (detachment; en inglés en el original) científico idealizado (Polanyi 1958, p.VII) y la eliminación de las fallas de construcción resultantes no pueden sino aumentar su capacidad de sostén. Como sabemos por Lampl-de Groot (1976), Freud trabajó en dos niveles terapéuticos: algunas veces en el de la relación, otras en el de la transferencia. Según Lampl-de Groot era claro cuando Freud se dirigía a ella como persona real y cuando lo hacía como objeto transferencial. La diferenciación entre estos dos aspectos debe haber sido muy marcada, pues relación y transferencia no son sólo sistemas complejos en sí mismos, sino que también están íntimamente entrelazados. Este entrelazamiento hace surgir muchos problemas teóricos y prácticos para los cuales Freud encontró una solución monádica en el modelo de terapia ideal y una solución diádica en la práctica.

Cimentar la visión pluralista en el paradigma teórico, y no sólo practicarla, significa investigar las implicaciones de todas las influencias del psicoanalista en el paciente y viceversa. No hay para esto un modelo a seguir. En los últimos años ha llegado a hacerse público el modo como Freud practicó el psicoanálisis. El modelo que se transmitió fue el monádico, el que fue cultivado

por los sucesores con el objeto de lograr la forma más pura de transferencia. En los hechos, en toda la obra de Freud no hay ninguna discusión detallada de la "relación real" actual. La influencia del analista se retrotrae a sus precursores en la historia vital del paciente, esto es, a los padres, en términos de transferencia no chocante (unanstößige), lo cual necesariamente conduce a confusiones (Sandler y cols. 1973). La relación real parece constituirse en oposición a la transferencia y estar amenazada por ésta: bajo el efecto de una transferencia intensa, el paciente puede ser arrojado fuera de la relación real con el médico (Freud 1912b, pp.102-5; 1916-17, p.403). Y la discusión quedó en este punto: en descripciones globales o negativas (distorsión de la relación real por la transferencia). Así, se agregará más tarde que no toda buena relación (terapéutica) debe ser vista como transferencia; también puede estar fundada en la realidad (Freud 1937c, p.224). No tenemos palabras para describir algo nuevo, incluyendo en esto los componentes innovadores en las estrategias para la solución de problemas. Según Anna Freud (1937), denominamos transferencia a todo aquello que no es nuevo en la situación analítica. Por esta razón, la espontaneidad de la neurosis de transferencia, que de acuerdo con ella no es creada por el médico, es enfatizada una y otra vez. Consecuentemente, la "abolición" o "des-trucción" de la neurosis de transferencia (Freud 1905e, p.102-3) debe necesariamente conducir a la eliminación de los síntomas, desde el momento en que, como Freud lo planteara más tarde (1916-17, p.412), cuando la transferencia ha sido "descompuesta" (zersetzt) o "desmontada" (abgetragen), entonces es que, de acuerdo con la teoría, se han alcanzado aquellos cambios internos que son indispensables para el éxito de la terapia. Sólo raramente la obra de Freud trae a la conciencia lo mucho que el psicoanalista contribuye a la solución de problemas del paciente y con eso también a sus nuevas posibilidades, a su capacidad de tomar decisiones libres.

2.7 El reconocimiento de las verdades actuales

La profunda intranquilidad que Freud, el médico y el científico, despertó en el ser humano con el descubrimiento de la transferencia, aún se mantiene. Después del descubrimiento en 1895 (véase Proyecto de Psicología en: Freud 1950a), Freud subrayó en el epílogo del caso Dora (cuyo tratamiento terminó en diciembre de 1900 y que fuera escrito como historia clínica en enero de 1901), el significado de la transferencia como el factor terapéutico esencial. La idea de que "destruimos" la transferencia al hacerla consciente, tiene su origen en el epílogo del caso Dora, en el Fragmento de análisis de un caso de histeria (Freud 1905e). Más tarde, en las Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916-17), Freud escribió que tenemos que "obligar" al paciente a reemplazar el repetir por el recordar.

Este es uno de los signos que muestran que la intranquilidad aún persiste. El problema ha resistido ser solucionado a través de las reglas de tratamiento que entretanto han sido formalizadas, aunque una de sus metas principales haya sido precisamente el facilitar el manejo de la transferencia. La agresividad de las me-táforas freudianas (disección, destrucción), hacen sospechar que él también se sentía afectado por la verdad actual situacional, es decir, por el aspecto realístico de toda transferencia. Hay muchas maneras de rechazar las observaciones realísticas del paciente y por más paradójal que suene, una de las más extendidas es la interpretación transferencial. La interpretación transferencial a que nos referimos es la que se da cuando el paciente ha hecho observaciones relevantes que son realistas y así en principio, potencialmente correctas. En vez de aceptar la percepción como plausible, o de poner la atención en el efecto de la observación realista en el in-consciente y en su puesta en escena en la transferencia, el analista ofrece a menudo interpretaciones que sólo toman en cuenta la distorsión de la percepción, como por ejemplo: "Ud. quiere decir que yo me alejo de Ud. como su madre lo hacía ..., o, yo me podría enojar como su padre". Es verdad que el desplazar un impulso hacia el pasado puede tener un efecto aliviador, pues el paciente es así liberado de un impulso egodistónico en el presente, como lo describiera A. Freud (1936). Sin embargo, la forma que toma la interpretación transferencial es de vital importancia. Si ésta es construida como si el paciente estuviera inventando todo lo que se refiere al aquí y ahora, entonces la verdad situacional en la percepción del paciente es ignorada, lo cual a menudo conduce a serios rechazos e irritaciones con la consecuente agresión por parte de éste. Si estas agresiones son a su vez interpretadas como reediciones o como antiguos clisés (Freud 1912b, p.97), o sea como transferencias, tenemos entonces ante nosotros la situación que A. Freud trajera a discusión. Ella señala el hecho de que "analista y paciente son también personas reales, del mismo status adulto, en una mutua relación real" y lanza la pregunta de "si acaso nuestro descuido -a veces total- de este aspecto del problema no es responsable de algunas de las reacciones hostiles que provocamos en nuestros pacientes y a las cuales adscribimos solamente el carácter de 'transferencias genuinas'" (A. Freud 1954a, pp.618-619). La descripción de Balint (1968) de los artefactos, en el sentido de repeticiones reforzadas reactivamente, tampoco previene en contra de contentarnos con plantear hoy en día sólo tímidas preguntas al respecto. No sólo son importantes las consecuencias de la relación real en el proceso terapéutico, sino que también lo es el reconocimiento de la enorme influencia del analista en la transferencia. No podemos seguir ignorando por más tiempo el hecho de que la "hipocresía de la práctica profesional" -sobre cuya realidad nos llamara la atención Ferenczi (1955 [1933])- puede incluso producir deformaciones neuróticas transferenciales. Freud (1937d, p.270) asumió que aun detrás de las falsas percepciones psicóticas se encuentran "verdades históricas" (lebensgeschichtliche, de la "historia de vida").

Estas verdades históricas, en su relevancia histórico personal, pueden ser, en el mejor de los casos, reconstruidas. Las verdades actuales, en cambio, pueden ser de-mostradas ad oculos, y con su reconocimiento se puede aclarar el componente de la transferencia que fue afectado o provocado desde el analista. La inquietud de que la aceptación de las percepciones realistas del paciente pudieran manchar y desfigurar la transferencia posterior al reconocimiento, es infundada. Muy por el contrario, a través de las contribuciones del paciente, es posible alcanzar verdades más pro-fundas. Si las verdades situacionales realistas son aceptadas como tales, es decir, integradas en la técnica interpretativa, como elementos al comienzo autónomos, el procedimiento no difiere entonces de aquel que parte de los restos diurnos y que los toma en serio. Con esto el analista no revela detalles de su vida privada y no hace confesiones (véase Heimann 1970, 1978; Thomä 1981, p.68). La atmósfera cambia radicalmente con la admisión, como algo natural, de que las observaciones del paciente en el aquí y ahora y en la oficina del analista pueden ser absolutamente correctas. De acuerdo con Gill, en casos de duda es esencial que, al menos, se asuma la plausibilidad de las observaciones del paciente. Y esto por las siguientes razones: nadie está en la posición de sondearse en un perfecto conocimiento de sí mismo o de controlar los efectos de su inconsciente. Por esta razón se debiera estar abierto a la posibilidad de que el paciente perciba algo que se escapó a la atención propia. Finalmente, cualquier argumentación acerca de quién tiene la razón, terminará con la retractación del paciente a causa de su dependencia y éste sentará como experiencia que sus indicaciones ad personam no son bienvenidas. En esta situación, el analista no habría dado un buen ejemplo de serenidad ni mostrado ninguna disposición a tomar las opiniones críticas de otro como punto de partida para reflexiones autocríticas. Los trabajos de Gill y Hoffman (1982) muestran que la influencia del psicoanalista en la configuración de la transferencia puede ser sistemáticamente investigada.

El ideal del espejo reflector puro debe ser abandonado, no sólo porque es inalcanzable y porque desde un punto de vista epistemológico conduce únicamente a confusiones; desde el punto de vista psicoanalítico, es incluso terapéuticamente dañino correr tras este espejismo, pues el paciente puede experimentar la pura reflexión especular de sus preguntas como rechazo. A veces no es mera invención del paciente el que sus observaciones y preguntas son por lo menos incómodas (véase también 7.4). La reflexión especular de las preguntas es experimentada como evasión; las verdades actuales serán así evitadas. Pacientes especialmente dispuestos desarrollan con esto regresiones malignas, en el curso de las cuales las verdades históricas llegarán también a deformarse, porque las percepciones contemporáneas realistas están obstruidas. Aunque parezca que el paciente está diciendo todo lo que le ocurre, él ya ha registrado preconsciousmente los puntos sensibles del analista e inconscientemente los evita. A menudo no se trata de ilusiones o de sentimientos transferidos; el paciente no sólo siente que ésta o tal pregunta u

observación puede no ser bienvenida: muchas veces sus observaciones críticas y realistas no son bienvenidas. No es posible arreglárselas bien con estos problemas si el narcisismo propio impide el reconocimiento de las observaciones realistas. Si al contrario, se intenta basar la técnica interpretativa en las realidades situacionales y sus consecuencias para la transferencia, ocurren entonces cambios esenciales. Estos cambios no sólo afectan el clima de la relación, sino también facilitan el establecimiento de una relación terapéutica efectiva, en la medida en que en el aquí y ahora se hacen nuevas experiencias que contrastan con las expectativas transferenciales. En este lugar parece natural dar un sentido particular a la afirmación de Freud citada más arriba, de que los conflictos son elevados al más alto nivel psíquico y así abolidos: el reconocimiento por el analista de las percepciones realistas del paciente, posibilita a éste llevar los actos psíquicos a su plenitud y alcanzar el acuerdo con el sujeto/objeto que es uno de los prerequisites más importantes en la formación de la constancia de objeto y del encontrarse a sí mismo. El poder completar los actos psíquicos de esta manera caracteriza, en la situación analítica, las experiencias genuinas y terapéuticamente efectivas.

Si por el contrario, las interpretaciones del psicoanalista ignoran, a través de reducciones genéticas, las percepciones realistas actuales, o simplemente las retro-traen a distorsiones, se originan consecuencias desfavorables para la nueva "neurosis artificial", como Freud también llamó la neurosis de transferencia. En este punto, se trata nada menos que de una violación del amor por la verdad, que Freud (1937c, p.249) quería practicar a través del reconocimiento de la realidad. Sin embargo, el problema mismo de cómo el analista reconoce las percepciones realistas, permanece hasta el día de hoy sin resolverse desde el punto de vista técnico. Así como en la base de los procesos psicóticos se encuentra la negación de la verdad histórica, del mismo modo la falla en reconocer las verdades actuales puede originar neurosis de transferencia caóticas o incluso psicosis de transferencia. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la suma de un número interminable de rechazos de percepciones realistas registradas inconscientemente, puede conducir a una pérdida parcial de la realidad. Por lo tanto, apenas se puede dudar de que la configuración de la neurosis de transferencia por el analista codetermina también la terminación del tratamiento y la mayor o menor resolución de la transferencia. Las dificultades de fondo en la resolución de la transferencia se relacionan probablemente, y más allá del caso individual, con la gran subestimación de los efectos de la relación biper-sonal en el curso del tratamiento.

2.8 El "aquí y ahora" en una nueva perspectiva

Hemos tratado de mostrar que en la situación analítica nos vemos enfrentados con complejos procesos de influencia recíproca. De manera correspondiente, las investigaciones sistemáticas son metodológicamente difíciles y costosas. Cómo la persona real del analista, a través de su ecuación personal, de su contratransferencia, de sus teorías y su antropología latente impacta al paciente, es algo que no puede captarse en su totalidad, ni clínica ni científicamente. Por eso, siempre vuelve a aparecer el típico dilema: por un lado, con la complejidad de la persona real no se puede operar técnicamente, pero por otro lado, la investigación de un corte del aquí y ahora no hace justicia a la complejidad de la situación. Pero, ¿en las dificultades se prueban los maestros! Los estudios cualitativos y cuantitativos de Gill y Hoffman (1982) se centran en el tema de la resistencia a la transferencia, incluyendo la contribución del analista a su génesis y modificación en el aquí y ahora. Es de hacer notar que se deben subrayar ambos aspectos de esta resistencia contra la transferencia. El aquí y ahora es evidente si consideramos que el cambio terapéutico puede solamente tener lugar en el momento actual. Por supuesto, Gill y Hoffman también asumen que la resistencia (y la transferencia) se origina parcialmente en el pasado, pero enfatizan los aspectos situacionales, actuales, de la resistencia a la transferencia. Ellos dan las siguientes razones para darle menor importancia a la explicación reconstructiva: en la técnica psicoanalítica la contribución del analista a la transferencia y resistencia fue descuidada; la reconstrucción de su génesis debe comenzar por lo tanto también en el aquí y ahora. En nuestra opinión, sólo es posible llegar, de una manera terapéuticamente efectiva y teóricamente convincente, a los determinantes tempranos de los estados neuróticos, psicóticos y psicosomáticos, si se parte con los factores que mantienen ese estado en el aquí y ahora, aun cuando se lo haga desde las conexiones causales. Este es precisamente el punto central de la teoría de Gill y Hoffman. Es un hecho digno de hacer notar el que el aquí y ahora, pivote central de la terapia, sólo recientemente haya ocupado de manera plena el lugar destacado que se merece. La extensión simultánea del concepto de transferencia, según la cual ésta es ahora entendida por muchos como la totalidad de las relaciones objetales del paciente al analista, ha sido ya descrita más arriba (sección 2.5) como un signo de una transformación radical. La mirada retrospectiva y la reanimación de los recuerdos han estado siempre al servicio de su resolución, en orden a expandir la perspectiva hacia el futuro.

Aunque la repetición ha dominado el entendimiento tradicional de la transferencia, quisiéramos citar dos impresionantes pasajes de Freud, cuyo potencial terapéutico y teórico es, en nuestra opinión, sólo hoy plenamente utilizable. En Recordar, repetir y reelaborar (1914g, p.156) se dice que:

La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquella a ésta. El nuevo estado ha

asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquiera a nuestra intervención.

En las Conferencias de introducción al psicoanálisis leemos:

La iniciación del tratamiento no pone fin a ese desarrollo [de la enfermedad], pero, cuando la cura se ha apoderado del enfermo, sucede que toda la producción nueva de la enfermedad se concentra en un único lugar, a saber, la relación con el médico. La transferencia es comparable así a la capa de crecimiento celular situada entre la corteza y la pulpa de un árbol, de la que surgen la nueva formación de tejidos y el espesamiento del tronco. Pero cuando la transferencia ha cobrado vuelo hasta esta significación, el trabajo con los recuerdos del enfermo queda muy relegado. No es entonces incorrecto decir que ya no se está tratando con la enfermedad anterior del paciente, sino con una neurosis recién creada y recreada, que sustituye a la primera (1916-17, p.404).

No es de maravillarse que las enormes implicaciones de estas comparaciones sigan siendo desconcertantes para el psicoanalista. Si estas metáforas se trasladan a la práctica y se ve la transferencia como el cámbium, esto es, un tejido vegetal capaz de división durante toda la vida, entonces el crecimiento y proliferación de la transferencia, en todas sus formas y contenidos, llega a ser también una magnitud dependiente de la influencia del analista.

En realidad, en la práctica terapéutica todos los analistas parten del presente, del aquí y ahora. Construyen o reconstruyen, ellos interpretan el pasado a la luz de los insights ganados en el presente. Reconstruimos la porción de la transferencia cuya génesis sospechamos está en el pasado, partiendo desde el aquí y ahora. En base a esto, nuestro tiempo se caracteriza por la discusión sobre la narrativa psicoanalítica, en la cual Schafer (1982) y Spence (1982a) han tomado posiciones extremas (para una revisión del tema, véase Wetzler 1986 [1985]).

Puesto que los seres humanos ya desde lactantes están orientados hacia el medio ambiente y ya que en psicoanálisis encontramos objetos aun en las fantasías narcisistas -incluso si se dan "objeto-sí mismos" de Kohut en un nivel totalmente in-consciente- entonces la transferencia no puede ser otra cosa que una relación de objeto. En otros tiempos no es mucho lo que se cacareó tal perogrullada (véase Sterba 1936 y sec. 2.5). Aun el mismo Nunberg, quien entendió el setting analítico como estrechamente análogo a la ligazón hipnótica del paciente por su doctor, dio a la transferencia una referencia objetal autónoma:

En la medida que [...] como en la transferencia, deseos e impulsos se dirigen hacia objetos del mundo exterior, [...] la transferencia es independiente de la compulsión a la repetición. La compulsión a la repetición señala hacia el

pasado, la transferencia hacia la actualidad (realidad) y así, en un sentido, hacia el futuro (Nunberg 1951, p.5).

El aporte del analista a la transferencia le da a ésta una importancia procesal. Tanto en su génesis como en su desvanecimiento, las circunstancias desencadenantes e innovadoras de la situación analítica deben tomarse más en serio aún que el pasado y su repetición parcial, pues sólo en el presente se encuentra la oportunidad para los cambios, y con ello el desarrollo futuro del paciente y su dolencia. La expansión del modelo de proceso terapéutico psicoanalítico en las últimas décadas tiene que ver con la solución de un problema que Gill (1982, p.106) describe así:

Tan importante es, sin embargo, el reconocimiento de la distinción entre los roles técnico y personal del analista, que yo creo que la tendencia actual de disolver completamente esta distinción, es un signo de un problema más básico: la falla en reconocer la importancia de la conducta real del analista y de las actitudes realistas del paciente y cómo ellas deben ser consideradas en la técnica.

La reconstrucción llega a ser ahora lo que en la práctica siempre fue: un medio para un fin. La adaptación del manejo de la transferencia al objetivo del proceso psicoanalítico -cambio estructural, con el cambio sintomático que del mismo depende lógicamente- es una conditio sine qua non de esta argumentación. Siguiendo a Freud (1916-17, p.411), estamos, por último, de acuerdo en que la posibilidad de influir sobre el paciente pone, a decir verdad, en duda la objetividad de nuestros hallazgos. Esta duda puede ser, sin embargo, disipada. Freud interpreta la evidencia de la eficacia terapéutica como una prueba de la validez de sus asunciones teóricas. Cuando se superan con éxito las resistencias, el cambio sintomático es una consecuencia necesaria y empíricamente verificable; más allá de los sentimientos de evidencia, de verdad puramente subjetiva, que se encuentran en ambos participantes en el proceso psicoanalítico. El influjo psicoanalítico se justifica por la comprobación del cambio que puede ser teóricamente fundamentado, especialmente cuando éste a su vez ha sido objeto de reflexión e interpretación. En el proceso de interpretación, que se refiere a aquellas "representaciones-expectativa" conscientes e inconscientes del paciente (Freud 1916-17, p.412) y que el analista sospecha a partir de indicios, este influjo no puede ser ignorado y esto por razones de principio: como acción intencional orientada a un fin, forma parte de toda intervención terapéutica. Si el analista entrega su aporte a la transferencia desde el comienzo mismo, en plena conciencia de su función como nuevo sujeto-objeto, entonces se produce una profundización y ampliación esencial del paradigma terapéutico del psicoanálisis, que actualmente está en pleno auge. La discusión entre Grünbaum (1982) y M. Edelson (1983) muestra que quedan por solucionarse considerables problemas teóricos.

Para hacer total justicia al rol de la intersubjetividad o de la psicología biper-sonal en la técnica psicoanalítica, es necesario ir más allá, tanto de las teorías tra-dicionales de relaciones de objeto como del modelo de descarga de impulsos. Todos los objetos esenciales al hombre se constituyen desde el mismo comienzo en un espacio intersubjetivo que está inundado por sensaciones de placer vitales ("vital pleasures", G. Klein 1969), sin que sea posible ligarlos estrechamente con el mo-delado de descarga de impulsos. Después que Greenberg y Mitchell (1983), en un ex-celente estudio, mostraran que los modelos psicoanalíticos del impulso y el de la relación no son compatibles, parece lógico buscar caminos de integración en un nuevo nivel.

En el capítulo 4 aplicaremos los puntos de vista fundamentales aquí discutidos, en la presentación de formas típicas de transferencia y resistencia, incluyendo las acuñadas por escuelas específicas, y los utilizaremos para entender el proceso psi-coanalítico (cap. 9) y las interpretaciones transferenciales (véase 8.4). A decir ver-dad, es posible deducir, en base a consideraciones puramente teóricas, que al menos la llamada transferencia no chocante no puede ser resuelta, pero es sólo reciente-mente cuando las nuevas investigaciones han mostrado, esta vez empíricamente, de qué modo tan decisivo y desde el mismo comienzo, el manejo de la transfe-rencia determina el resultado.

Fussnoten

1 Münchhausen es un personaje de la historia alemana, famoso por su mitomanía y por su capacidad para entretener con sus fantásticas aventuras. El episodio a que el texto alude se refiere a aquella vez en que Münchhausen contó haber caído con su caballo en una ciénaga, de la cual se habría salvado cogiéndose él mismo por sus propios cabellos (nota de los traductores).

2 Si en la práctica se da la posibilidad de que un analista cambie de estilo comu-nicativo de acuerdo con el estilo del paciente, es algo que, en principio, podría ser demostrado empíricamente. El grupo que trabaja en el proyecto de investigación en psicoterapia (y psicoanálisis) de Berlín, informó recientemente de resultados que apuntan claramente a un tipo de interacción curativa o no curativa, pero consideran-do, respectivamente, los distintos tipos (o estilos) de personalidad de paciente y analista (conferencia anual de la S.P.R. International Society for Psychotherapy Research, Ulm 1987). Esto confirmaría la idea de un tipo de pareja analítica ideal según el caso. La pregunta es hasta qué punto el yo del analista es (o puede ser) tan plástico como para cambiar de estilo comunicativo según el estilo que propone el paciente (nota de J.P. Jiménez).

3 Con todo, autores como B. Joseph y R. Riesenberg Malcolm insisten en la necesidad de situarse en el nivel comunicativo en el cual se está dando la relación en el "aquí y ahora" (comunicación personal a J.P. Jiménez). Esto implica (en contra de algunos ejemplos de interpretaciones de Segal y de Meltzer) el uso de un tipo de lenguaje adulto y no uno de "objeto parcial". A propósito de la interpretación de la ansiedad de separación, tema muy querido por los analistas kleinianos, Etchegoyen (1986) insiste, siguiendo a Resnik (1967), que primero es necesario ponerse "a 'buscar' al paciente en [algún] lugar del infinito espacio, donde lo encontraremos dentro del objeto en que se metió; primero tendremos que encontrar al analizado y entonces traerlo a la sesión. Sólo entonces podremos hacer una interpretación en el aquí y ahora porque, evidentemente, si el paciente no está 'aquí', de nada vale hacer una interpretación en el hic et nunc" (pp.529-530; la cursiva es mía; nota de J.P. Jiménez).

4 La manera como el analista kleiniano, trabajando finamente en el detalle de la transferencia, tanto en sus aspectos verbales como no verbales, pretende captar las "situaciones totales" arcaicas (relaciones de objeto primitivas que, por el juego en-tre proyección e introyección, en el marco de las ansiedades tempranas, son sentidas como peligrosas, y que incluyen también las primitivas defensas contra ellas, y que habían sido conservadas en el inconsciente casi intactas), puede apreciarse en un trabajo reciente de R. Riesenberg Malcolm (1986) (nota de J.P. Jiménez).

5 La introducción explícita "del sujeto en la medicina" de von Weizsäcker carece de la metodología que podría haber resuelto los problemas terapéuticos y teóricos del tipo especial de encuentro interpersonal en psicoterapia.