

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
BIBLIOTECA

Obras completas

Sigmund Freud

Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey
con la colaboración de Anna Freud,
asistidos por Alix Strachey y Alan Tyson

Traducción directa del alemán de José L. Etcheverry

Volumen 16 (1916-17)

Conferencias de introducción
al psicoanálisis (Parte III)

Amorrortu editores

FOTOCOPIADORA
S.Y. D.E.H.C.E.
Clínica de Niños
Folio S/F
135 S/F 5

2614 40-

54 F192

25-216



Señoras y señores: Ahora que nos acercamos al término de nuestros coloquios, nacerá en ustedes una cierta expectativa razonable. Piensan, y piensan bien, que no los he conducido a campo traviesa por el material psicoanalítico para abandonarlos al final sin decirles palabra sobre la terapia, en la cual, sin duda, reside toda la posibilidad de cultivar el psicoanálisis. Y a mí me resulta imposible escamotearles este tema, pues en él podrán ustedes tomar conocimiento, por la observación, de un hecho nuevo sin cuya comprensión los procesos patológicos que hemos estudiado quedarían sensiblemente incompletos.

Sé que no esperan que los guíe en la técnica con que debe ejercerse el análisis a los fines terapéuticos. Sólo quieren saber de la manera más general cuáles son los caminos por los que opera la terapia psicoanalítica y qué resultados, aproximadamente, produce. Y tienen un incontrastable derecho a saberlo. Pero yo no se los quiero comunicar; prefiero que lo colijan ustedes mismos.

¡Reflexionen! Han tomado conocimiento de todo lo esencial acerca de las condiciones de la contracción de la neurosis, así como de todos los factores que se hacen valer en la persona enferma. ¿Dónde hay espacio para una intervención terapéutica? Tenemos, en primer lugar, la disposición hereditaria; no solemos hablar mucho sobre ella, pues es enérgicamente destacada por otros, y nosotros no tenemos nada nuevo que decir al respecto. Pero no crean que la menospreciamos; justamente en calidad de terapeutas sentimos su poder con suficiente claridad. En todo caso, nada podemos cambiar en ella; sigue siendo también para nosotros

¹ [Freud mencionó por primera vez la noción de «transferencia» en su contribución técnica a *Estudios sobre la histeria* (1895d), AE, 2, págs. 306-8, y volvió sobre ella en el caso «Dora» (1905e), AE, 7, págs. 101-5. Pero las principales ocasiones anteriores en que examinó el tema son sus trabajos sobre técnica; en particular, «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b) trata el aspecto teórico, en tanto que «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (1915a) se refiere a las dificultades técnicas que plantea la transferencia positiva. Hacia el fin de su vida Freud volvió a ocuparse de esto una vez más en «Análisis terminable e interminable» (1937c).]

algo dado, algo que pone límites a nuestro empeño. Después, la influencia de las vivencias infantiles tempranas, que solemos poner en primer plano en el análisis; pertenecen al pasado, no podemos hacer que no ocurrieran. Además, todo lo que hemos sintetizado bajo el título de «frustración real», las desventuras de la vida de donde nacen la falta de amor, la pobreza, las querellas familiares, el infortunio en la elección matrimonial, las condiciones sociales desfavorables y los rigurosos reclamos éticos bajo cuya presión se encuentra una persona. Bastaría sin duda con esos asideros para conseguir una terapia muy eficaz, pero sería como aquella que la leyenda popular atribuye al emperador José:² la intervención benéfica de un poderoso ante cuya voluntad los hombres se inclinan y las dificultades desaparecen. Ahora bien, ¿quiénes somos nosotros, que podríamos adoptar esa beneficencia como recurso de nuestra terapia? Unos hombres pobres e impotentes en el campo social, forzados a ganarnos el sustento con nuestra actividad médica; ni siquiera estamos en condiciones de dedicar nuestros esfuerzos a los indigentes, como pueden hacerlo otros médicos que aplican métodos de tratamiento diferentes. Nos lo impide el hecho de que nuestra terapia insume demasiado tiempo y es demasiado lenta. Pero quizás ustedes se aferren a uno de los factores mencionados, y crean haber encontrado ahí el punto de abordaje para nuestra influencia. Si la restricción moral exigida por la sociedad participa en las privaciones impuestas al enfermo, sin duda alguna el tratamiento puede infundirle la osadía de trasgredir esas barreras, o directamente prescribírselo; puede procurarle satisfacción y restablecimiento por renuncia al cumplimiento de un ideal que la sociedad tiene en mucho, aunque no se lo respete tanto. Entonces, uno se curaría si «gozara de la vida» sexualmente. Y en verdad, sobre el tratamiento analítico cae la sombra de una sospecha: no estaría al servicio de la moralidad general. Lo que otorga al individuo, lo ha restado de la comunidad.

Pero, señoras y señores, ¿quién les ha informado tan falsamente? Ni por asomo el consejo de gozar de la vida sexualmente cumple un papel en la terapia analítica —aunque más no fuera, por el mero hecho de que proclamamos que en el enfermo se libra un obstinado conflicto entre la moción libidinosa y la represión sexual, entre la orientación sensual y la ascética; y ese conflicto no se cancela por más que se ayude a una de esas orientaciones para que triunfe sobre su contraria—. Y aun vemos que en el neurótico ha prevale-

² [José II, célebre por sus procedimientos poco convencionales de hacer beneficencia.]

cido el ascetismo, como consecuencia de lo cual, justamente, la aspiración sexual sofocada se abre paso en los síntomas. Si ahora, por el contrario, procurásemos el triunfo de la sensualidad, la represión sexual arrojada a un lado se sustituiría por síntomas. Ninguna de ambas decisiones puede poner término al conflicto interior; en cualquier caso, una parte quedaría insatisfecha. Son muy pocos los casos en que el conflicto es tan lábil que pueda decidirlo un factor como la toma de partido por parte del médico; y esos casos, en verdad, no necesitan de tratamiento analítico. Las personas sobre las cuales el médico puede ejercer una influencia tal habrían hallado aun sin él ese mismo camino. Bien lo saben ustedes: cuando un joven abstinentes se decide a un comercio sexual ilegítimo, o una mujer insatisfecha busca resarcimiento con otro hombre, por lo general no han aguardado el permiso de un médico ni del analista.

Con respecto a esta situación suele omitirse un punto esencial: el conflicto patógeno de los neuróticos no puede confundirse con una lucha normal entre mociones del alma situadas en un mismo terreno psicológico. Es una disputa entre poderes de los cuales uno alcanzó el estadio de lo preconciente y conciente, mientras que el otro fue contenido en el estadio de lo inconciente. Por eso no puede lograrse acuerdo; los querellantes son tan incapaces de ello como el oso polar y la ballena en el famoso apólogo. Una decisión efectiva sólo puede producirse si los dos se encuentran en el mismo terreno. Pienso que la única tarea de la terapia consiste en posibilitar esto.

Además, puedo asegurarles que están mal informados si suponen que consejo y guía en los asuntos de la vida sería una parte integrante de la influencia analítica. Al contrario, evitamos dentro de lo posible semejante papel de mentores; lo que más ansiamos es que el enfermo adopte sus decisiones de manera autónoma. Con este propósito le pedimos también que suspenda todas sus decisiones vitales acerca de elección profesional, empresas económicas, matrimonio o divorcio mientras dure el tratamiento, y sólo las lleve a cabo después de terminado este. Y bien; confiesen que todo esto difiere de lo que habían imaginado. Sólo en ciertas personas muy jóvenes o totalmente inermes e inestables podemos no respetar esa voluntaria restricción. En ellas nos vemos obligados a combinar la función del médico con la del educador; pero entonces tenemos plena conciencia de nuestra responsabilidad, y nos comportamos con la necesaria cautela.³

³ [Freud retomó esto en las *Nuevas conferencias* (1933a), AE, 22, pág. 137.]

Del celo con que yo me defiendo del reproche de que en la cura analítica se alentaría a los neuróticos a gozar de la vida, no pueden ustedes lícitamente inferir que los influimos en el sentido de la moralidad social. Estamos tan lejos de esto como de aquello. No somos, por cierto, reformadores, sino meramente observadores, pero no podemos dejar de mirar con ojos críticos, y nos ha sido imposible tomar partido en favor de la moral sexual convencional o tener en alta estima la manera en que la sociedad procura ordenar en la práctica los problemas de la vida sexual. Podemos imputar redondamente a la sociedad que lo que ella llama su moral cuesta más sacrificios de los que vale, y que su procedimiento no se basa en la sinceridad ni testimonia sabiduría. Y no dejamos de comunicar esta crítica a nuestros pacientes; los acostumbremos a apreciar sin prejuicios los asuntos sexuales al igual que todos los otros, y si ellos, una vez completada su cura y vueltos autónomos, deciden por su cuenta adoptar alguna posición intermedia entre el pleno gozar de la vida y el ascetismo incondicional, no sentimos sobre nuestra conciencia el peso de ninguno de esos desenlaces. Quien consigue educarse para autoconfesarse la verdad, nos decimos, queda duraderamente protegido del peligro de la inmoralidad, por más que su patrón de moral se desvíe de algún modo del usual en la sociedad. Por lo demás, guardémonos de sobrestimar la importancia que pueda tener el problema de la abstinencia en cuanto a la posibilidad de influir sobre las neurosis. Sólo en una minoría de los casos el tipo de comercio sexual que se logra con poco esfuerzo puede poner término a la situación patógena de la frustración y a la estasis libidinal que es su consecuencia.

Por consiguiente, no pueden ustedes explicar el efecto terapéutico del psicoanálisis refiriéndose al permiso que este daría para gozar sexualmente de la vida. Pero busquen en torno otra cosa. Creo que mientras desautorizaba esa suposición les hice notar algo que debió de ponerlos sobre la pista correcta. Aquello de lo cual nos valemos no puede ser sino la sustitución de lo inconciente por lo conciente, la traducción de lo inconciente a lo conciente. Justo, eso es. Al hacer que lo inconciente prosiga hasta lo conciente, cancelamos las represiones, eliminamos las condiciones para la formación de síntoma y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución. No otra cosa que esta transformación psíquica provocamos en el enfermo: hasta donde ella alcanza, hasta ahí llega nuestro auxilio. Donde no hay ninguna represión ni

otro proceso psíquico análogo que pueda ser deshecho, tampoco nuestra terapia tiene nada que buscar.

Podemos expresar la meta de nuestro empeño con diversas fórmulas: Hacer conciente lo inconciente, cancelación de las represiones, llenado de las lagunas amnésicas; todo viene a decir lo mismo. Pero quizá queden ustedes insatisfechos con esta declaración. Habían imaginado de otra manera la curación de un neurótico: él devendría otro hombre tras haberse sometido al arduo trabajo de un psicoanálisis; y ahora el resultado total sería apenas que tiene en el interior de sí algo menos de inconciente y algo más de conciente que antes. Pues bien; probablemente subestiman la importancia de una alteración interior de esa índole. El neurótico curado ha devenido en realidad otro hombre, aunque en el fondo, desde luego, siga siendo el mismo: ha devenido lo que en el mejor de los casos y bajo las condiciones más favorables podría devenir. Pero esto es mucho. Cuando sepan todo lo que es preciso hacer y el esfuerzo que se requiere para implantar esa alteración en apariencia tan ínfima de su vida anímica, advertirán la importancia que posee esa diferencia de nivel psíquico.

Hago ahora una pequeña digresión para preguntarles: ¿Saben a qué se llama una terapia causal? Se llama así a un procedimiento que no toma como punto de abordaje las manifestaciones patológicas, sino que se propone eliminar sus causas. ¿Es nuestra terapia psicoanalítica causal o no? La respuesta no es simple, pero quizá nos dé la oportunidad de convencernos de la futilidad de un planteo semejante. En la medida en que no se propone como tarea inmediata la eliminación de los síntomas, la terapia analítica se comporta como causal. Pero en otro respecto pueden decir que no lo es. En efecto, hemos rastreado el encadenamiento causal a lo largo de las represiones hasta llegar a las disposiciones pulsionales, a las intensidades relativas que presentan dentro de la constitución y a las desviaciones producidas en el curso de su desarrollo. Ahora supongan que nos fuese posible, acaso por medios químicos, intervenir en esta fábrica, elevar o disminuir la cantidad de la libido preexistente en cada caso o fortalecer a una pulsión a costa de otra; en tales condiciones nuestra terapia sería causal en sentido estricto, y para ella nuestro análisis habría prestado el indispensable trabajo preparatorio del reconocimiento. Pero, como ustedes saben, ni hablar por ahora de semejante influencia sobre los procesos libidinales; con nuestra terapia psíquica hincamos en otro lugar de la trabazón, no justo allí donde crearíamos discernir las raíces de los fenómenos, pero sí bastante lejos

de los síntomas: en un lugar que unas circunstancias muy asombrosas nos han hecho asequible.

¿Qué debemos hacer, entonces, para sustituir en nuestro paciente lo inconciente por lo conciente? Antaño creíamos que era muy simple, nos bastaba con colegir eso inconciente y enunciarlo. Pero ya sabemos que era un error por estrechez de miras [pág. 257]. Nuestro saber sobre lo inconciente no equivale al saber de él; cuando le comunicamos nuestro saber, él no lo tiene *en lugar de* su inconciente, sino *junto a* eso, y es muy poco lo que ha cambiado. Más bien debemos representarnos a eso inconciente *tópicamente*; debemos rebuscar en su recuerdo el lugar en que eso se produjo por obra de una represión. Si esta represión se elimina, la sustitución de lo inconciente por lo conciente puede consumarse sin dificultad. Ahora bien, ¿cómo cancelar una represión así? Nuestra tarea entra aquí en una segunda fase. Primero la rebusca de la represión, después la eliminación de la resistencia que la mantiene en pie.

¿Cómo se remueve la resistencia? De la misma manera: coligiéndola y presentándosela al paciente. La resistencia, en efecto, brota de una represión; de la misma que procuramos solucionar, o de una anterior. La resistencia es producida por la contrainvestidura que se erigió para reprimir la moción chocante. Por tanto, ahora hacemos lo mismo que ya al comienzo quisimos hacer: interpretar, colegir y comunicarlo; pero ahora lo hacemos en el lugar correcto. La contrainvestidura, o resistencia, no pertenece al inconciente, sino al yo, que es nuestro colaborador, y esto es así por más que aquella no esté destinada a ser conciente. Sabemos que aquí está en juego el doble sentido de la palabra «inconciente»: por un lado como fenómeno, por el otro como sistema. Esto parece muy difícil y oscuro. Pero, ¿no es verdad que nos repetimos?⁴ Hace tiempo que estamos preparados para saberlo. Esperamos que esta resistencia habrá de resignarse, y recogerse la contrainvestidura, tan pronto posibilitemos al yo el conocimiento de ella por medio de nuestra interpretación. ¿Con qué fuerzas pulsionales trabajamos en un caso así? En primer lugar, con la aspiración del paciente a sanar, que lo movió a avenirse al trabajo en común con nosotros; y en segundo lugar, con la ayuda de su inteligencia, que reforzamos mediante nuestra interpretación. No hay ninguna duda de que si le hemos dado las representaciones-expectativa correspondientes, a la inteligencia del enfermo le resulta más

⁴ [Cf. 15, pág. 208n., donde se enumeran los pasajes en los que Freud ya había hecho alusión a esto y se dan referencias acerca de sus concepciones posteriores, en las que modificó los puntos de vista aquí expresados.]

fácil individualizar la resistencia y hallar la traducción que corresponde a lo reprimido. Si yo les digo: «Miren al cielo, se ve un aeróstato», ustedes lo descubrirán mucho más fácilmente que si me limito a exhortarlos a que busquen con la mirada para ver si hallan alguna cosa. También el estudiante que mira por primera vez con el microscopio es instruido por el profesor acerca de lo que debe ver; de lo contrario no ve nada, aunque eso esté visible ahí.

Y ahora, al hecho.⁵ En toda una serie de formas de neurosis, en las histerias, estados de angustia, neurosis obsesivas, nuestra premisa se verifica. Mediante esa rebusca de la represión, el descubrimiento de las resistencias, la indicación de lo reprimido, realmente se logra resolver la tarea, vale decir, superar las resistencias, cancelar la represión y mudar lo inconciente en conciente. Así obtenemos la más clara imagen de la encarnizada lucha que se libra en el alma del paciente en torno de la superación de cada resistencia: es una lucha anímica normal, empeñada en un mismo terreno psicológico, entre los motivos que quieren mantener la contra-investidura y los que están prestos a resignarla. Los primeros son los motivos viejos, los que en su tiempo impusieron la represión; entre los segundos se encuentran los nuevos que han venido a agregarse, y que confiamos decidirán el conflicto en favor nuestro. Hemos logrado renovar el viejo conflicto de la represión, hacer que se revise el proceso tramitado entonces. Como material nuevo aportamos, en primer lugar, la advertencia de que la decisión primera ha llevado a la enfermedad, y la promesa de que otra facilitará el camino hacia la curación; en segundo lugar, el enorme cambio sobrenido en todas las condiciones desde el momento temporal en que se produjo aquel primer rechazo. En aquella época el yo era débil, infantil, y quizá tenía fundamento para ver en el reclamo libidinal un peligro. Hoy es fuerte y experimentado, y además tiene en el médico un auxiliar. Nos está permitido esperar, entonces, que el conflicto renovado pueda guiarse hacia un desenlace más favorable que el de la represión.

Y así es: hemos dicho que en las histerias, las neurosis de angustia y las neurosis obsesivas el éxito nos da en principio la razón. Pero existen otras formas de enfermedad en las que, no obstante ser idénticas las condiciones, nuestro procedimiento terapéutico nunca alcanza éxito. También en ellas estuvo en juego un conflicto originario entre el yo y la libido,

⁵ [Véase el párrafo inicial de esta conferencia, pág. 392.]

que llevó a la represión —por más que esta deba caracterizarse tópicamente de otro modo—; también aquí es posible pesquisar los lugares en los cuales se produjeron las represiones en la vida del enfermo: aplicamos el mismo procedimiento, estamos dispuestos a hacer idénticas promesas, brindamos el mismo auxilio comunicando representaciones-expectativa y, nuevamente, la diferencia temporal entre el presente y aquellas represiones favorece otro desenlace para el conflicto. Y a pesar de todo ello, no logramos cancelar una sola resistencia ni eliminar una sola represión. Estos pacientes, los paranoicos, los melancólicos, los aquejados de *dementia praecox*, permanecen totalmente incólumes e inmunes a la terapia psicoanalítica. ¿A qué puede deberse esto? No a falta de inteligencia; desde luego, se requiere que nuestros pacientes tengan cierto grado de capacidad intelectual, pero ella con seguridad no falta en los que sufren paranoia combinatoria, tan sagaces.⁶ Y no echamos de menos ninguna de las otras fuerzas impulsoras. Los melancólicos, por ejemplo, tienen en gran medida la conciencia de estar enfermos y de que por eso sufren tanto (conciencia que falta en los paranoicos), pero ello no los hace más asequibles. Estamos ante un hecho que nos desconcierta y que nos impone esta duda: ¿Hemos comprendido realmente todas las condiciones que determinan el éxito posible en las otras neurosis?

Si seguimos ocupándonos de nuestros histéricos y neuróticos obsesivos, pronto nos sale al paso un segundo hecho para el cual no estábamos de ninguna manera preparados. Pasado un tiempo, en efecto, no podemos dejar de notar que estos enfermos se comportan hacia nosotros de una manera muy particular. Creíamos haber computado todas las fuerzas impulsoras que intervienen en la cura y racionalizado la situación que se crea entre nosotros y el paciente, de suerte que la domináramos como si se tratase de un problema aritmético; y hete aquí que parece haberse filtrado algo que no se había evaluado en ese cálculo. Esto nuevo inesperado es a su vez muy proteico; describiré en primer término sus formas de manifestación más frecuentes y más fácilmente comprensibles.

Notamos que el paciente, al que no le interesaría sino encontrar una salida para sus conflictos patológicos, desarrolla un interés particular hacia la persona del médico. Todo lo que tiene que ver con esta persona le parece mucho más importante que sus propios asuntos, y lo distrae de su condición de enfermo. Por eso el trato con el paciente resulta durante un tiempo muy agradable; es particularmente obse-

⁶ [Cf. 15. pág. 59.]

quioso, procura mostrarse agradecido en cuanta ocasión se le presenta, exhibe finezas y rasgos meritorios de su carácter que quizá no habríamos esperado hallar en él. También el médico se forma una opinión favorable acerca del paciente y agradece a la suerte haberle permitido prestar ayuda, justamente, a una personalidad tan valiosa. Si el médico tiene oportunidad de hablar con familiares de su paciente, se entera con beneplácito de que ese agrado es recíproco. En su casa, el paciente no cesa de alabar al médico, de ponderarle nuevos y nuevos méritos. «Está entusiasmado con usted, confía en usted ciegamente; todo lo que usted dice es para él como una revelación», cuentan los parientes. Aquí y allí una voz de este coro se hace más estridente: «Ya cansa; no habla de otra cosa y siempre tiene el nombre de usted en la boca».

Esperemos que el médico sea lo bastante modesto como para atribuir este aprecio de su personalidad por parte del paciente a las esperanzas que él puede darle y a la ampliación de su horizonte intelectual gracias a las sorprendentes y liberadoras revelaciones que la cura trae consigo. Por otro lado, en estas condiciones el análisis hace brillantes progresos; el paciente comprende lo que se le apunta, profundiza en las tareas que la cura le plantea, el material de recuerdos y ocurrencias afluye en abundancia, sorprende al médico por la seguridad y el acierto de las interpretaciones que hace, y este no puede menos que comprobar complacido cuán presuntamente asimila el enfermo todas las novedades psicológicas que ahí fuera, en el mundo, suelen despertar la más enconada oposición entre los sanos. Al buen entendimiento durante el trabajo analítico corresponde también una mejoría objetiva del estado patológico, por todos reconocida.

Pero un tiempo tan bueno no puede durar siempre. Un buen día se estropea. Aparecen dificultades en el tratamiento; el paciente asevera que nada más se le ocurre. Se tiene la definida impresión de que ya no se interesa en el trabajo y de que pasa por alto, a la ligera, la prescripción que se le dio: la de decir todo cuanto se le pase por la cabeza y abstenerse de toda crítica. Se comporta como lo hace fuera de la cura, como si nunca hubiera establecido aquel pacto con el médico; es evidente que le preocupa algo, pero quiere reservárselo. He ahí una peligrosa situación para el tratamiento. Se está frente a una violenta resistencia, a no dudar. Pero, ¿qué ha ocurrido?

Si uno es capaz de aclarar de nuevo la situación, reconocerá como la causa de la perturbación el hecho de que el paciente ha trasferido sobre el médico intensos sentimientos de ternura que ni la conducta de este ni la relación nacida

de la cura justifican. La forma en que esta ternura se exteriorice y las metas a que aspire dependerán, desde luego, de las circunstancias personales de los dos participantes. Si se trata de una muchacha y de un hombre jóvenes, recibiremos la impresión de un enamoramiento normal; hallaremos comprensible que una muchacha se enamore de un hombre con quien pasa mucho tiempo a solas y puede conversar de cosas íntimas, y que además se le presenta en la ventajosa posición de un auxiliar superior a ella. Así, probablemente descuidemos el hecho de que en la muchacha neurótica se prevería más bien una perturbación de la capacidad de amar. Y por otra parte, en la medida en que las relaciones personales entre médico y paciente se alejan de este caso que supusimos, tanto más nos extrañará que, pese a ello, vemos establecerse una y otra vez el mismo vínculo afectivo. Todavía se concibe que en una mujer joven, desdichada en su matrimonio, nazca una seria pasión por su médico aún soltero, que esté dispuesta a llevar adelante su divorcio para pertenecerle o, en caso de impedimentos sociales, no formule reparos a iniciar con él una relación amorosa secreta. Cosas así suceden, de todos modos, fuera del psicoanálisis. Pero en estas circunstancias uno oye con asombro, de mujeres casadas y solteras, manifestaciones que atestiguan la definida posición que han adoptado frente al problema terapéutico: siempre habrían sabido que sólo por el amor podían sanar, y desde el comienzo del tratamiento esperaron que ese lazo les deparase como regalo lo que la vida hasta entonces les había negado. Sólo sostenidas por esta esperanza se habrían empeñado tanto en la cura y superado todas las dificultades de la comunicación. Añadiríamos por nuestra cuenta: y creído tan fácilmente todo lo que de otro modo es tan difícil de creer. Ahora bien, semejante confesión nos toma por sorpresa; se diría que echa por tierra nuestros cálculos. ¿Puede ser que hayamos omitido en nuestro planteo los pasos más importantes?

Y de hecho, a medida que nos adentramos en la experiencia, menos podemos negarnos a esta enmienda vergonzosa para nuestro rigor científico. Las primeras veces pudo pensarse, acaso, que la cura analítica había chocado con un escollo debido a un suceso contingente, es decir, que no estaba en sus propósitos ni fue provocado por ella. Pero si ese vínculo tierno del paciente con el médico se repite de manera regular con cada nuevo caso; si una y otra vez se presenta, en las condiciones más desfavorables y originando malentendidos directamente grotescos, aun en la mujer ya anciana y respecto del hombre encanecido, aun allí donde a nuestro juicio ya no hay nada seductor; si tal ocurre, tenemos que

abandonar sin duda la idea de una contingencia perturbadora y reconocer que se trata de un fenómeno que está en la más íntima relación con la naturaleza de la enfermedad misma.

Llamamos *trasferencia* a este nuevo hecho que tan a regañadientes admitimos. Creemos que se trata de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico, pues no nos parece que la situación de la cura avale el nacimiento de estos últimos. Más bien conjeturamos que toda esa proclividad del afecto viene de otra parte, estaba ya preparada en la enferma y con oportunidad del tratamiento analítico se transfirió sobre la persona del médico. La transferencia puede presentarse como un tormentoso reclamo de amor o en formas más atenuadas; en lugar del deseo de ser amada, puede emerger en la muchacha joven el deseo de que el hombre anciano la acepte como hija predilecta, y la aspiración libidinosa puede atemperarse en la propuesta de una amistad indisoluble, pero ideal y no sensual. Muchas mujeres se las arreglan para sublimar la transferencia y modelarla hasta que cobra una suerte de viabilidad; otras no pueden menos que expresarla en su forma cruda, originaria, imposible la mayoría de las veces. Pero en el fondo siempre se trata de lo mismo y siempre es inequívoca su proveniencia de la misma fuente.

Antes de preguntarnos dónde hemos de colocar este nuevo hecho de la transferencia, perfeccionemos su descripción. ¿Qué ocurre con los pacientes masculinos? Tendríamos derecho a esperar que en este caso nos sustraeríamos de los enfadosos efectos de la diferencia de sexos y la atracción sexual. Pero no; nuestra respuesta es que no ocurre nada muy diverso que en el caso de las mujeres. El mismo vínculo con el médico, la misma sobrestimación de sus cualidades, el mismo abandono al interés de él y los mismos celos hacia todo cuanto lo rodea en la vida. Las formas sublimadas de la transferencia son más frecuentes entre hombre y hombre, y más rara la demanda sexual directa, en la misma medida en que la homosexualidad manifiesta cede el paso a los otros usos de este componente libidinal. En los pacientes masculinos, el médico observa más a menudo que en el caso de las mujeres una forma de manifestación de la transferencia que, a primera vista, parece contradecir todo lo descrito hasta aquí: la transferencia hostil o *negativa*.

Aclarémonos, primero, que la transferencia surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo.

Nada se registra de ella, y tampoco hace falta tomarla en cuenta, mientras opera en favor del análisis emprendido en común. Pero si después se muda en resistencia, es preciso prestarle atención y reconocer que modifica su relación con la cura bajo dos condiciones diferentes y contrapuestas: en primer lugar, cuando en calidad de inclinación tierna se ha hecho tan fuerte, ha dejado ver tan claramente los signos de su procedencia de la necesidad sexual, que no puede menos que suscitar una resistencia interior contra ella; y en segundo lugar, cuando consiste en mociones hostiles en vez de mociones tiernas. Por regla general, los sentimientos hostiles salen a la luz más tarde que los tiernos, y detrás de ellos; en su simultánea presencia resultan un buen reflejo de la ambivalencia de sentimientos [pág. 389] que rige en la mayoría de nuestros vínculos íntimos con otros seres humanos. Los sentimientos hostiles importan un vínculo afectivo a igual título que los tiernos, así como el desacato implica la misma dependencia que el acatamiento, aunque de signo contrario. Y en cuanto a que los sentimientos hostiles hacia el médico merezcan el nombre de «transferencia», no hay duda de ello, puesto que, a todas luces, la situación de la cura no les da ocasión suficiente; la necesidad de concebir así la transferencia negativa nos asegura que no hemos errado en nuestro juicio sobre la positiva o tierna.

¿De dónde viene la transferencia, qué dificultades nos depara, cómo la superamos y qué utilidad extraemos en definitiva de ella? He ahí asuntos dignos de ser tratados con detalle en una instrucción técnica para el análisis, y que hoy sólo rozaré. Queda excluido ceder a las demandas del paciente derivadas de su transferencia, y sería absurdo rechazarlas inamistosamente o con indignación; 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.⁷ De tal manera lo forzamos a mudar su repetición en recuerdo. Y entonces la transferencia, que, tierna u hostil, en cualquier caso parecía significar la más poderosa amenaza para la cura, se convierte en el mejor instrumento de ella, con cuya ayuda pueden desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica.

Pero aún me gustaría decirles algunas palabras para disipar la extrañeza que les ha provocado la emergencia de este inesperado fenómeno. No olvidemos, en efecto, que la enfermedad del paciente a quien tomamos bajo análisis no es

⁷ [Véase, para lo que sigue, «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), AE, 12, págs. 152 y sigs.]

algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo, y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente. La iniciación del tratamiento no pone fin a ese desarrollo, 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. A esta versión nueva de la afección antigua se la ha seguido desde el comienzo, se la ha visto nacer y crecer, y uno se encuentra en su interior en posición particularmente ventajosa, porque es uno mismo el que, en calidad de objeto, está situado en su centro. 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. O de esos síntomas subsistieron sólo algunos, que admitieron esa remodelación. Ahora bien, el domamamiento de esta nueva neurosis artificial coincide con la finiquitación de la enfermedad que se trajo a la cura, con la solución de nuestra tarea terapéutica. El hombre que en la relación con el médico ha pasado a ser normal y libre del efecto de unas mociones pulsionales reprimidas, sigue siéndolo también en su vida propia, cuando el médico se ha hecho a un lado.⁸

La transferencia tiene esta importancia extraordinaria, lisa y llanamente central para la cura, en las histerias, las histerias de angustia y las neurosis obsesivas, que por eso se reúnen con justo título bajo el nombre de «neurosis de transferencia». Quien ha recogido en el trabajo analítico la impresión cabal del hecho de la transferencia ya no puede dudar acerca de la índole de las mociones sofocadas que se procuran expresión en los síntomas de estas neurosis, ni pide pruebas más concluyentes acerca de su naturaleza libidinosa. Podemos decir que nuestra convicción acerca del significado de los síntomas en cuanto satisfacciones libidinosas sustitutivas sólo se afianzó definitivamente cuando incluimos en la cuenta a la transferencia.

⁸ [Señalemos que Freud introdujo muchas salvedades a esta afirmación en su último trabajo técnico, «Análisis terminable e interminable» (1937c); véase mi «Nota introductoria» a ese trabajo, AE, 23, págs. 213-7.]

Ahora tenemos todos los elementos para mejorar nuestra anterior concepción dinámica del proceso de la cura y ponerla en consonancia con la nueva intelección. Si el enfermo tiene que librar, batalla por batalla, el conflicto normal con las resistencias que le hemos revelado en el análisis [pág. 398], necesita de una impulsión poderosa que influya sobre la decisión en el sentido deseado por nosotros, el que lleva al restablecimiento. De lo contrario podría suceder que resolviera repetir el desenlace anterior y dejara caer de nuevo en la represión lo que se había elevado hasta la conciencia. Lo que decide el resultado de esta lucha no es su penetración intelectual —que no es lo bastante intensa ni libre para semejante logro—, sino únicamente su relación con el médico. En la medida en que su transferencia es de signo positivo, reviste al médico de autoridad y presta creencia a sus comunicaciones y concepciones. Sin esa transferencia, o si ella es negativa, ni siquiera prestaría oídos al médico o a sus argumentos. La creencia repite entonces su propia historia genética; es un retoño del amor y al comienzo no necesitó de argumentos. Sólo más tarde admitió examinarlos siempre que le fueran presentados por una persona amada. Argumentos sin semejante apoyo nunca valieron, y en la vida de la mayoría de los hombres nunca valen. Por tanto, en general, un ser humano es accesible también desde su costado intelectual únicamente en la medida en que es capaz de investir libidinosamente objetos; y tenemos buenas razones para reconocer y temer en la magnitud de su narcisismo una barrera contra la posibilidad de influirlo, aun mediante la mejor técnica analítica.

Y bien; es preciso atribuir a todos los hombres normales la capacidad de dirigir investiduras libidinosas de objeto sobre personas. La inclinación a la transferencia en el llamado neurótico no es sino un extraordinario acrecentamiento de esta propiedad universal. Sería bien extraño que nunca se hubiese notado ni apreciado un rasgo de carácter del hombre tan difundido e importante. No obstante, es lo que ha ocurrido. Bernheim, con certera agudeza, fundó la doctrina de los fenómenos hipnóticos en el principio de que todos los hombres pueden ser sugestionados de algún modo, son «sugestionables». Su sugestionabilidad no es más que la inclinación a la transferencia, concebida de manera demasiado estrecha, de suerte que ahí no cabe la transferencia negativa. Pero Bernheim nunca pudo decir qué era en verdad la sugestión y cómo se producía. Para él constituía un hecho básico, acerca de cuyo origen no podía aclarar nada. No advirtió que la «sugestibilité» provenía de la sexualidad, de la actividad de la libido. Y ahora echamos de ver que hemos

abandonado la hipnosis en nuestra técnica sólo para redescubrir la sugestión bajo la forma de la transferencia.

Pero he de detenerme y cederles la palabra. Noto en ustedes una objeción que levanta su cresta con tanta fuerza que los privaría de la capacidad para escuchar si no la dejásemos expresarse: «Conque ha admitido finalmente que usted trabaja con el poder auxiliar de la sugestión como los hipnotizadores. Hace ya tiempo que lo sospechábamos. Pero entonces, ¿para qué todo el rodeo por los recuerdos del pasado, el descubrimiento del inconciente, la interpretación y retraducción de las desfiguraciones, el enorme gasto de esfuerzo, de tiempo y de dinero si lo único eficaz sigue siendo la sugestión? ¿Por qué no aplica usted la sugestión directa contra los síntomas, como lo hacen otros, los hipnotizadores honestos? Y además, en caso de que quiera disculparse por el rodeo que dio invocando los numerosos e importantes descubrimientos psicológicos que así ha logrado y que se ocultan cuando se recurre a la sugestión directa, ¿quién garantiza ahora la certeza de esos descubrimientos? ¿Acaso no son también un resultado de la sugestión, o sea, de la no deliberada? ¿No puede ocurrir que imponga al enfermo, también en este campo, lo que usted quiere y le parece correcto?».

Esta objeción de ustedes es de enorme interés y exige una respuesta. Pero hoy ya no puedo, me falta el tiempo. La próxima vez, entonces. Verán que puedo replicarles. Por hoy remataré lo que había iniciado. Les prometí hacerles comprensible, con el auxilio del hecho de la transferencia, la razón por la cual nuestro empeño terapéutico no tiene resultado alguno en las neurosis narcisistas.

Puedo hacerlo con pocas palabras, y ustedes verán cuán simplemente se soluciona el enigma y todo se compagina. La observación permite conocer que los que adolecen de neurosis narcisistas no tienen ninguna capacidad de transferencia o sólo unos restos insuficientes de ella. Rechazan al médico, no con hostilidad, sino con indiferencia. Por eso este no puede influirlos; lo que dice los deja fríos, no les causa ninguna impresión, y entonces no puede establecerse en ellos el mecanismo de curación que implantamos en los otros, a saber, la renovación del conflicto patógeno y la superación de la resistencia de la represión. Permanecen tal cual son. A menudo ya han emprendido intentos de curación por cuenta propia, los que han llevado a resultados patológicos; nada podemos modificar ahí.

Sobre la base de impresiones obtenidas en la clínica ha-

bíamos aseverado que en estos enfermos debía de haberse resignado la investidura de objeto, trasponiéndose la libido de objeto en libido yoica [pág. 382]. Por este rasgo los habíamos separado del primer grupo de neuróticos (histeria, neurosis de angustia y neurosis obsesiva). Y bien; su conducta frente al intento terapéutico confirma aquella conjetura. No muestran transferencia alguna y por eso son inaccesibles para nuestro empeño; no podemos curarlos.

54 F 192