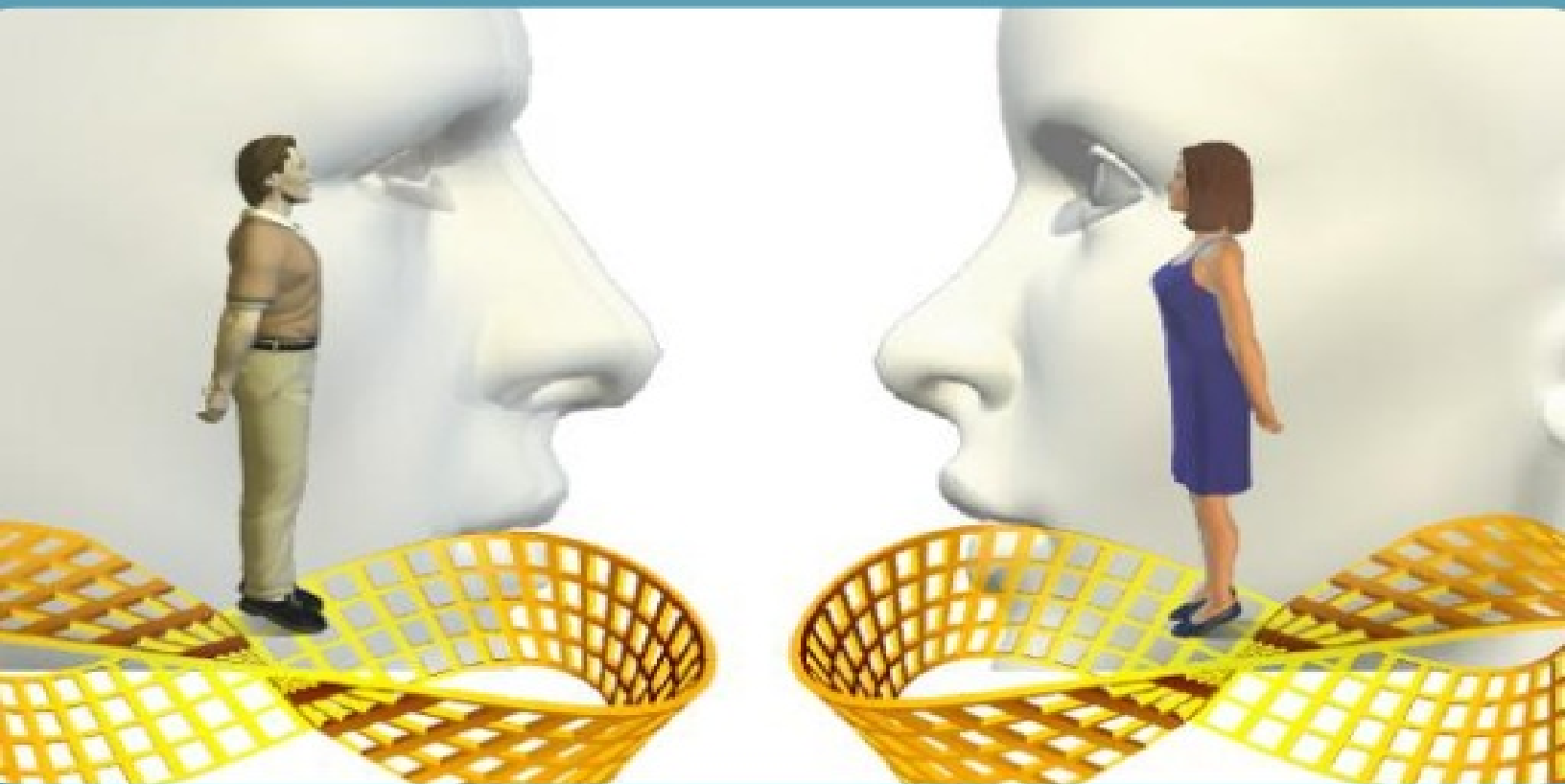


En hombros de un gigante

DESDE EL BASAMENTO ROCOSO
SUBYACENTE A LA EFICACIA
PSICOANALÍTICA



Dr. Héctor Krakov

Krakov, Héctor Alberto
En hombros del gigante : desde el basamento rocoso subyacente a la eficacia psicoanalítica / Héctor Alberto Krakov. - 1a ed. - Ramos Mejía : Natalia Monsegur, 2021.
Libro digital, EPUB
Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-88-0124-7
1. Psicoanálisis. 2. Clínica Psicoanalítica. 3. Psicología. I. Título.
CDD 150.195

ISBN 978-987-88-0124-7

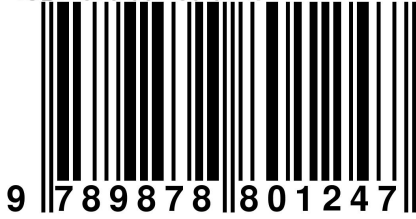


Ilustración de portada: Rubén Longas

En hombros de un gigante

**DESDE EL BASAMENTO ROCOSO
SUBYACENTE A LA EFICACIA
PSICOANALÍTICA**

Dr. Héctor Krakov

~ÍNDICE~

~INTRODUCCIÓN~

~PRIMERA PARTE~

Trabajos sobre hipnosis y sugestión (1888-92).

Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) (1890).

El método psicoanalítico de Freud (1904 [1903]).

Sobre psicoterapia (1905 [1904]).

Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910).

El psicoanálisis “silvestre” (1910).

El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis
(1911).

La dinámica de la transferencia (1912).

Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (1912).

Sobre la iniciación del tratamiento (1913).

Recordar, repetir y reelaborar (1914).

Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915 [194]).

Introducción al psicoanálisis (1917).

Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]).

Más allá del principio del placer. (1920).

Dos artículos de enciclopedia. Psicoanálisis y Teoría de la libido. (1923 [1922]).

Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños (1923 [1922]).

Inhibición síntoma y angustia. Regla fundamental. (1926 [1925]).

¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial (1926).

Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933).

Análisis terminable e interminable (1937).

Esquema del psicoanálisis (1940 [1938]).

~SEGUNDA PARTE~

La eficacia psicoanalítica

Estudio Sobre El Concepto De Agieren

¿El que trabaja es el psicoanálisis?

El sujeto inconsciente en dos ejemplificaciones clínicas

Sobre La Eficacia Psicoanalítica

~BIBLIOGRAFÍA~

~INTRODUCCIÓN~

Después de más de cincuenta años dedicados a mi profesión como psicoanalista, no me caben dudas de que es muy difícil saber “qué es el psicoanálisis”. Por supuesto, no me estoy refiriendo a lo que dicen autores o escuelas sobre el psicoanálisis. Lo difícil es tener una clara noción del psicoanálisis como herramienta terapéutica. Para decirlo directamente: ¿cómo cura el psicoanálisis?

Explorando este problema, me doy cuenta de que en los últimos veinte años me he dedicado a trabajar conceptualmente sobre la eficacia psicoanalítica. Ese es el eje conceptual del libro, al que propongo transitar “desde los hombros de un Gigante”. Tengo claro que Sigmund Freud, al descubrir y postular la existencia del inconsciente psíquico adquirió la dimensión de un Gigante. Y es gracias a estar ubicado sobre sus hombros que pude generar conceptualmente un aporte, que creo puede enriquecer el campo psicoanalítico.

Sabemos que la lectura de la Obra freudiana no constituye una tarea sencilla. Es enorme, por momentos atrapante y en general fuertemente inspiradora. Sin embargo, deviene también en una tarea áspera y tediosa. Tiene una particular cualidad: ciertos artículos, que pude haber leído en diversas oportunidades, resultan tener aspectos que “descubro” tras sucesivas relecturas, con el correr de los años. Algunos de ellos van a aparecer en este texto: la atemporalidad del inconsciente, tramitación psíquica, la operación genuina de la terapia analítica, pulsión emergente, y muchos otros. Pero no quiero dejar de mencionar ahora una frase, que forma parte del título de este libro: “lo biológico constituye para lo psicológico el basamento rocoso subyacente”. Se encuentra incluida en *Análisis terminable e interminable*, de 1937, al final de su producción. Estoy convencido que es la razón por la que Freud fue siempre escéptico sobre los efectos clínicos del psicoanálisis. Tanto es así que llegó a

afirmar que psicoanalizar es una de las tres profesiones imposibles, junto a gobernar y educar.

Me importa remarcar que la primera mitad del libro incluye una lectura secuencial de textos de su Obra sobre la técnica psicoanalítica. Quise dejar constancia de ese recorrido para la generación de colegas jóvenes; fue un esfuerzo que valió la pena realizar. Estoy convencido que un físico no podría hablar de la teoría de la relatividad sin haber estudiado a fondo la propuesta de Albert Einstein. Si bien considero que una enorme proporción de colegas jóvenes, dedicados al psicoanálisis, pudieron no haber leído los textos freudianos. Y, más aún, quizás pueden estar convencidos que no es necesario hacerlo. Por lo cual, sin esperar que la lectura de la síntesis que elaboré sea suficiente, supuse que quien la leyera tendría una idea de la técnica analítica en su conjunto. A partir de lo cual, podría generarle el interés de buscar, en particular, conceptos o ideas en el texto original.

La segunda parte del libro contiene mi posición sobre la eficacia psicoanalítica. Se inicia con un trabajo que valoro especialmente: "Estudio sobre el concepto de *agieren*" (Krakov, 2010). Consiste en una exploración conceptual sobre el término que utiliza Freud, en alemán, para la puesta en acto del inconsciente. Al cotejar el concepto en las ediciones en idioma alemán, inglés y español, he llegado a la conclusión que pudo haber habido un deslizamiento de sentido cuando se tradujo al inglés. Con consecuencias para el psicoanálisis en su conjunto.

Se continúa con dos casos clínicos de colegas, la paciente K y el tratamiento de un niño de 10 años. A través de ellos, relaciono mi propuesta conceptual del *sujeto inconsciente* con la noción de *enactment*.

Finaliza el libro con la exposición de dos ejemplificaciones clínicas propias, y mi postulación sobre la eficacia psicoanalítica.

~PRIMERA PARTE~

Estudio cronológico de los artículos técnicos de Sigmund Freud

Trabajos sobre hipnosis y sugestión (1888-92)

La técnica psicoanalítica contiene, en su fundamento, la experiencia que Freud vivió en el Hospicio de la Salpêtrière de París. Observando los tratamientos hipnóticos que realizaba Charcot con pacientes histéricos, quedó impactado por el comportamiento que tenían los pacientes con el hipnotizador.

En los artículos técnicos podemos hallar conceptos que fueron consecuencia de esa experiencia inaugural: a) la influencia de la personalidad del hipnotizador en la transferencia positiva sublimada, b) el uso del diván, con la finalidad de que el paciente se encuentre en una situación similar a la de la hipnosis.

De todos modos, lo que inauguró toda su Obra fue el descubrimiento de la existencia de un segundo nivel de funcionamiento psíquico, con características y leyes propias.

A Freud siempre le interesó el método hipnótico, desde que era muy joven. En particular los trabajos de Josef Breuer, su futuro colaborador, que utilizaba la hipnosis con fines terapéuticos.

Luego de su experiencia en la clínica de Charcot, donde pudo comprobar los reales efectos de la hipnosis, la comenzó a utilizar de forma cada vez más frecuente. De todos modos, dejaba en claro que, si bien le interesaba la sugestión, tenía para él mayor interés la posibilidad de rastrear el origen de los síntomas, con el método catártico de Breuer.

Poco tiempo después dejó de utilizar la hipnosis. Porque le parecía “un método antojadizo y místico”, con el cual solo podía poner en trance a una pequeña parte de sus pacientes. Seguidamente, creó un método para producir los efectos de la sugestión sin necesidad de poner a los pacientes en estado

hipnótico. Al comienzo les propuso a los pacientes el “estado de concentración”, con el cual conseguía sustituir el dormir mediante la hipnosis. La finalidad era que los pacientes recordaran el episodio traumático que había originado su sintomatología. Con ese objetivo desarrolló la “técnica de la presión sobre la frente”. Les aseguraba a sus enfermos que una vez que él le presionara la frente aparecería la información buscada. Poco tiempo después abandonó la presión sobre la frente y en su lugar les recomendaba que cerraran los ojos.

Finalmente, su técnica quedó definida con un aspecto que incluía parte de la historia sobre la hipnosis: “Mantengo el consejo de hacer que el enfermo se acueste sobre un diván mientras uno se sienta detrás, de modo que él no lo vea. Esta escenografía tiene un sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis. Pero por varias razones merece ser conservada.” Aparentemente Freud utilizó de forma efectiva la hipnosis durante los años 1886 a 1896. Y siempre sintió afecto por la “vieja técnica hipnótica” que le permitió conocer ciertos procesos psíquicos. “Solo en virtud de ello pudimos cobrar la osadía de crear nosotros mismos, situaciones complejas en la cura analítica, y mantenerlas transparentes”.

Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) (1890)

Este es un trabajo inaugural, en el que propone considerar el abordaje de lo psíquico “como un tratamiento desde alma” (Freud, 1890). Sostiene que las perturbaciones, tanto anímicas como corporales, pueden ser tratadas mediante recursos “que van a influir de modo inmediato en lo anímico”. Por lo tanto, afirma que el instrumento esencial para tratar lo anímico son las palabras. Se diferencia así de los abordajes médicos del momento, que entendían que las alteraciones de los enfermos se comprendían desde el punto de vista biológico-fisiológico. Para ello, tomaba como

referencia la cantidad de síntomas en los pacientes, que aparecían y desaparecían sin ninguna causa. En esa época, si bien se aceptaba que estaban ligados a estados emocionales, se sostenía que eran enfermedades funcionales del sistema nervioso.

Progresivamente se fue consolidando la idea del efecto del influjo anímico sobre el cuerpo. Se desprendía de allí la relación entre cuerpo y alma y, muy especialmente, la expresión de las emociones.

Tomó relevancia la <<expectativa angustiada>> que influía en la posibilidad de enfermar, y también la <<expectativa esperanzada>>, que se ponía a favor de la curación del paciente. Tenían cierto efecto sobre la masa los tratamientos de moda o las curas milagrosas. Otro tanto ocurría con los tratamientos realizados por profesionales a pacientes de renombre en aquella época.

Comenzó a tener una progresiva importancia la expectativa confiada del paciente sobre la posibilidad de curación. Muy en particular la confianza en el médico tratante, ya que aparecía rodeado de un halo especial. Era una característica que provenía de la antigüedad. En pueblos antiguos eran los sacerdotes quienes, gracias al poder divino, realizaban los tratamientos para curar a los pacientes. Por ello, las palabras en su condición de <<ensalmo>> [1] eran las mejores mediaciones para influenciar anímicamente la curación de un paciente. Con este antecedente se comenzó a utilizar el método hipnótico para ejercer una influencia con finalidad terapéutica, aunque transitoria, sobre la vida anímica de los enfermos. Se conseguía, con la hipnosis, dormir al paciente conservando los rendimientos mentales que faltan en el dormir normal. Lo más llamativo fue la conducta del paciente con respecto al hipnotizador. “Solo oían y veían a esa persona, y era a quien obedecían sin ningún tipo de restricción. Si el hipnotizador le decía *Usted ve una serpiente, huele una rosa, escucha la música más bella*, el hipnotizado veía, olía y escuchaba lo que *le pedía la representación que se le instiló (...)* Entonces se observa que él ha

visto, oído como vemos y oímos en el sueño: *ha alucinado*". (p. 126-127).

Solo en ciertas situaciones de la vida normal se observaba ese tipo de relación, donde había una entrega plena: la que tienen los niños pequeños con sus padres, y también ciertos enamorados con la persona amada.

El efecto de los hipnotizadores sobre los pacientes se denominaba "*sugestión*". Importaba saber que se podía forzar a un paciente a que vea lo que no existe o, a la inversa, prohibirle que vea algo que está (alucinación negativa). Era posible también impartirle la orden de ejecutar una acción, luego de despertar; denominada sugestión post hipnótica. En tales casos, si se le preguntaba al paciente por qué había realizado dicha acción, daba una explicación banal, muchas veces sin sentido. (Conducta que se conoce como racionalización).

Además, en las hipnosis profundas los pacientes no recordaban nada de lo vivido durante el trance hipnótico. Era un sector que se mantenía separado del resto de lo psíquico. Pareciera, además, que la obediencia del enfermo hacia el médico dependía más del paciente que de las virtudes del hipnotizador.

Un aspecto importante a tomar en consideración: no se le podía hacer ejecutar a un enfermo una acción que iba en contra de su posición ética o moral. (Pedirle a una mujer con pudor que se desvista, o un hombre honrado que robe algún objeto). Finalmente, que en enfermedades anímicas graves no se conseguían resultados positivos con un único trance hipnótico.

El método psicoanalítico de Freud (1904 [1903])

James Strachey menciona, en la nota introductoria, que lo único que quedaba del método hipnótico, en el momento en que había publicado este trabajo, era el requisito que el paciente estuviera recostado.

El método terapéutico que Freud definía, y ejercía como psicoanálisis, provenía de la terapia catártica que Josef Breuer aplicaba desde hacía diez años. Sobre este método habían hecho un informe conjunto, en 1895, bajo el título de “Estudios sobre la histeria” (Freud, 1893-95). El método catártico, denominado de ese modo por Breuer, tenía como precondition que el paciente fuera hipnotizable. Se sostenía en la ampliación de la conciencia, obtenida mediante hipnosis, y tenía como objetivo la eliminación de los síntomas de los pacientes. Consistía en hacer retroceder al paciente, en estado hipnótico, hasta el momento en que se habían producido por primera vez. En esos momentos surgían en el paciente recuerdos, pensamientos e impulsos, que nunca antes habían aparecido en su conciencia. Cuando los pacientes podían expresarse emocionalmente, dejando emerger sus reacciones, la sintomatología desaparecía. La conclusión era que los síntomas se producían porque dicha emocionalidad había sido sofocada y se había convertido en inervación somática. Sin embargo, los síntomas, por estar multideterminados, volvían a aparecer nuevamente. Concluyeron que, con el tratamiento catártico, se conseguía resolver solo una de las impresiones traumáticas.

Vale aun así remarcar la diferencia substancial entre el método hipnótico tradicional y el catártico. En el primero, el hipnotizador le impartía al paciente la orden de olvidar el episodio traumático. Mientras que, con la nueva operatoria catártica, se intentaba conseguir que los procesos psíquicos, que generaban los síntomas, pasaran a otro nivel de funcionamiento.

Freud intentó, a partir de ese momento, dejar de utilizar la hipnosis. Con el método catártico había renunciado a ejercer la sugestión directa impuesta por el hipnotizador. Invitaba al paciente a

recostarse de espaldas en un diván y se sentaba detrás, sin estar a la vista del paciente. No le proponía que cerrara los ojos, ni le sugería ningún otro procedimiento que evocara la hipnosis. Su propuesta tenía como centro que el paciente se concentrara en su propia actividad anímica, sin que nada lo evitara. Conseguía, de ese modo, que el nuevo método fuera aplicable a un gran número de pacientes, en comparación con los que eran potencialmente hipnotizables. El inconveniente a superar era que no se ampliaba la conciencia del paciente como se conseguía con la hipnosis. El hallazgo fundamental, descubierto por Freud, fue que el equivalente a la ampliación de la conciencia podía conseguirse con las ocurrencias espontáneas. Se trataba de los pensamientos involuntarios que se consideraban, en general, una perturbación del pensar. Por tal razón, les proponía que se comportaran como si “conversaran sobre bueyes perdidos”. Instauró, de ese modo, la regla fundamental del análisis:

(...) les recomienda participarle todo cuanto se les pase por la cabeza, aunque les parezca que no es importante, o que no viene al caso, o que es disparatado; por el contrario, les pide con particular énfasis que no excluyan de la comunicación pensamiento u ocurrencia algunos, por más que los avergüence o les resulte penoso hacerlo.

Cuando los pacientes relataban la historia de lo que había ocurrido, aparecían sistemáticamente lagunas en la memoria o distorsiones de fechas y lugares. Y cuando se los forzaba a recordar, aparecía un profundo sentimiento de malestar en la evocación del recuerdo en cuestión. De allí conjeturó Freud que las lagunas de memoria estaban determinadas por un proceso que denominó de “represión”, motivado por el displacer que generaba la evocación. Concluyó que las resistencias que los pacientes oponían a la posibilidad de recordar eran clínicamente equivalentes al proceso de represión en el plano psíquico. Se confirmaba de ese modo que el procedimiento para hacer consciente lo inconsciente

consistía en avanzar, desde las ocurrencias espontáneas hacia lo reprimido, sin necesidad de hipnotizar a los pacientes.

Los elementos que tomaba para tener acceso a lo inconsciente eran, no solo las ocurrencias espontáneas, sino también los sueños, los deslices en el lenguaje y actos fallidos. El nuevo método de análisis se diferenciaba así de los tratamientos con hipnosis, que no modificaban en ningún sentido las resistencias existentes en los pacientes, sino que se las intensificaban. Una vez que el episodio traumático era ubicado, merced a la ampliación de la conciencia, se les impartía a los pacientes la orden de olvidar. Los tratamientos con psicoanálisis posibilitaban, en cambio, que lo inconsciente se hiciera consciente al vencer las resistencias, con el beneficio para los pacientes a partir del <<restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce>>.

Los casos de neurosis obsesiva, así como los síntomas somáticos de las histerias, se iban a beneficiar muy especialmente con este tipo de tratamientos.

Se requería que los pacientes tuvieran cierto grado de inteligencia y posicionamiento ético; la duración de los tratamientos fluctuaba entre seis meses a tres años.

Sobre psicoterapia (1905 [1904])

En esta época, seguía estando vigente en el ámbito médico, y se había reconocido, lo que habían postulado junto con Josef Breuer en "Estudios sobre la histeria". En los traumas psíquicos se había producido una retención de los afectos concomitantes, razón por la cual la excitación producida se había trasladado a lo corporal como síntoma histérico. Para tal situación habían creado los términos <<abreacción>> y <<conversión>>.

Sin embargo, no ocurría lo mismo con el método terapéutico. La psicoterapia no conseguía ser aceptada por los medios profesionales, en comparación con los procedimientos físico-químicos, que seguían siendo médicamente reconocidos.

Por tal razón, se propuso ofrecer una serie de razones, en defensa de la psicoterapia:

1) En principio, la psicoterapia no era un método moderno. En la antigüedad fue utilizada por la medicina de los pueblos primitivos. Se trataba de inducir en los enfermos la llamada <<crédula expectativa>>, que se utilizaba aún en la época de los estudios que realizaron Freud y Breuer. 2) Aunque los médicos no se lo proponían, la psicoterapia era parte de los procedimientos terapéuticos, en los que la disposición de los pacientes a la curación participaba de un modo significativo. 3) A ese factor de tanto poder, a veces favorable y otras desfavorable, lo había denominado <<sugestión>>. 4) Freud no consideraba conveniente dejar este factor en manos de los pacientes, porque se tornaba incontrolable. La psicoterapia se proponía utilizar la sugestión al servicio de la mejoría de los pacientes. 5) Los trastornos neuróticos eran particularmente susceptibles a los tratamientos psicoterapéuticos. Y en ellos la personalidad del médico tratante jugaba un papel fundamental, en la medida que ejercía, por su intermedio, una influencia psíquica. 6) En especial, la psicoterapia analítica a diferencia de otros procedimientos posibilitaba comprender los mecanismos que caracterizan los fenómenos del enfermar psíquico. 7) Existía una diferencia entre la técnica sugestiva y la analítica, similar a la que Leonardo da Vinci había diferenciado entre la pintura y la escultura. La pintura, definía Leonardo, trabaja *per via de porre*, agregando colores al lienzo blanco. Mientras que la escultura lo hacía *per vía di levare*, “quitando de la piedra lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella”. En ese sentido es que la terapia analítica no quería agregar nada, sino “quitar”, al servicio del conocimiento de la producción de los síntomas. 8) La técnica sugestiva no permitía reconocer las resistencias en juego, mediante

lo cual se conseguía entender los motivos de la producción de síntomas. “Si abandoné tan pronto la técnica sugestiva, y con ella, la hipnosis, es porque dudaba de poder hacer una sugestión tan fuerte y resistente como se requería para una sugestión duradera.” 9) La utilización de la técnica analítica requería conocerla y tener paciencia para llevarla a cabo. No es esperable que los pacientes se curen como consecuencia de algún tipo de confesión o confidencia. Así lo enunciaba el Príncipe Hamlet de Dinamarca: “¡Mil diablos! ¿Pensáis que soy más fácil de pulsar que una flauta? ¡Tomadme por el instrumento que os plazca, y por más que me sacudáis no sacaréis de mi sonido alguno!” (Acto III, escena 2). 10) La terapia psicoanalítica se basaba en el carácter inconsciente de ciertos procesos psíquicos. Al traducir a lo consciente los procesos anímicos que estaban en juego, se suprimía la compulsión que condiciona la vida psíquica, en la medida que pueden operar sobre ellas los niveles superiores del pensar. 11) El descubrimiento y la traducción a lo consciente se acompañaba de modo sistemático de resistencias. Se hubiesen logrado resultados favorables con la psicoterapia analítica, si se hubiera conseguido que el paciente acepte lo que hasta ese momento rechazaba de modo automático, bajo el principio del principio de placer-displacer.

Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910)

En este escrito, Freud se propuso exponer cómo mejorar las posibilidades del método terapéutico en un futuro próximo.

Lo pensaba desde tres aspectos: 1. El progreso interno. 2. Un aumento de autoridad. 3. El efecto universal del trabajo analítico.

1 -Progreso interno. Estaba vinculado con: a) el saber analítico y b) la técnica. a) Daba por supuesto que el aumento en el saber supondría un aumento del poder de la terapia analítica. Al comienzo

el paciente lo tenía que decir todo, y el analista lo esforzaba a que así fuera. En ese momento, el médico infería y el paciente procesaba lo que le fue dicho. De ese modo se le ofrecía una representación consciente, semejante a la que tendría en estado de represión en su inconsciente. El otro mecanismo empleado, inclusive de más poder, era el de la “transferencia”. Dos aspectos relevantes eran lo inconsciente y el simbolismo en el sueño. b) Con respecto a la técnica, partía de la cura catártica a discernir los complejos, según la expresión de Jung. En esa época, estaba orientado a la superación de las *resistencias*, a sabiendas que los complejos se iban a dilucidar una vez que las resistencias se superen.

Un aspecto nuevo de la técnica estaba referido a la persona del médico tratante, por la influencia que, el material de los pacientes, ejercían en el sentir inconsciente del médico. Como se había intensificado la cantidad de pacientes que los analistas atendían, se observó que “cada psicoanalista solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores”. Por tal razón era imperativo que cada terapeuta iniciara su propio análisis, y lo profundizara de manera ininterrumpida, en función de que los pacientes se lo fueran exigiendo.

Desde el punto de vista de los cuadros clínicos, se comenzó con la nueva técnica a partir de los cuadros de histeria de conversión. En cambio, con las histerias de angustias no era posible iniciar la profundización del análisis cuando los pacientes aún requerían de la protección fóbica. También eran necesarios cambios de la técnica con las neurosis obsesivas.

2. El aumento de la autoridad: es innegable que muchos de los tratamientos fracasaron porque no siempre los pacientes creían en los analistas. Lo social no se ponía del lado de los analistas porque, en cierto modo, los tratamientos demostraban su significativa influencia en el origen de las neurosis. No solo por la puntualización

de los prejuicios e insuficiencias, sino también por poner en tela de juicio sus ideales.

3. El <<efecto universal>> del trabajo analítico: Las psiconeurosis son satisfacciones sustitutivas de pulsiones que los pacientes desmienten ante sí mismos y ante los demás. La solución de la enfermedad suponía la aceptación de esta desfiguración, que también tenía que ser aceptada por lo social con respecto a sí misma. Por lo cual el éxito que la terapia podía alcanzar en un individuo tenía que hacerlo también en la masa.

Se planteaba como interrogante qué pasaría si el esclarecimiento psicoanalítico no permitía el refugio en la enfermedad y los pacientes debieran aceptar con sinceridad sus pulsiones. En esos casos, tenían que afrontar el conflicto y esperar que lo social lo tolerara. Quedaba claro que las neurosis, hasta cierto punto, tenían un valor “protector” y una cierta justificación social. Sin embargo, no había que ceder en los intentos de esclarecimiento, porque no eran en beneficio del individuo ni de la sociedad. Al mantener el esfuerzo por resolver los secretos de la neurosis, no solo se orientaban en favorecer a los enfermos, aliviándoles el sufrimiento. Suponía también el esclarecimiento de la masa, con la expectativa de una futura profilaxis, sorteando la autoridad social.

El psicoanálisis “silvestre” (1910)

En la Nota introductoria, James Strachey subraya que Freud, en este artículo, va a referirse a las <<neurosis actuales>>, diferenciando la neurosis de angustia de la histeria de angustia.

Alude al caso de una paciente que lo consulta porque un médico le había dicho que sus síntomas de angustia eran consecuencia de la insatisfacción sexual. Como era una mujer de mediana edad, que había comenzado con su cuadro de angustia luego de la separación de su marido, le había dicho que tenía tres opciones: volver

nuevamente con su marido, buscar un amante, o satisfacerse por ella misma.

En casos así, Freud proponía que no había que creer “a la letra” lo que los pacientes mencionaban sobre lo que un médico pudo haberles dicho, porque muchas veces se trataba de aspectos propios proyectados en los médicos.

Con esta salvedad, consideraba de utilidad tomarlo como ejemplo acerca del denominado <<psicoanálisis silvestre>>. Suponiendo que el médico le haya dicho realmente lo que ella mencionaba, habría dos comentarios para hacer: uno de carácter técnico y otro de valor científico. En principio, vale saber que el psicoanálisis utiliza la noción de <<vida sexual>> en un sentido diferente del que se tiene a nivel popular. Lo sexual está habitualmente referido al coito, que tiene como finalidad el orgasmo y el <<vaciamiento de las sustancias genésicas>>. En cambio, lo sexual para el psicoanálisis incluye sentimientos tiernos que provienen de mociones sexuales primitivas. Estas perdieron la meta original sexual o la cambiaron por otras, que dejaron de ser estrictamente sexuales. Por lo cual Freud prefería el término de <<psicosexualidad>> (Freud, 1910), con la finalidad de resaltar el factor emocional de la vida sexual. Tendría el valor que la lengua alemana le da a la palabra *lieben* [amar]. Por lo tanto, la psicosexualidad estaba ligada a experiencias emocionales que podían estar insatisfechas, inclusive, en relaciones en las que existía un comercio sexual normal.

El consejo dado por el médico podía implicar también un segundo factor erróneo. Los síntomas neuróticos eran producto de una interrelación entre la libido, que muchas veces estaba hipertrofiada, y la oposición estricta a su satisfacción, generada por la represión en calidad de resistencias interiores.

Era evidente que ciertos estados neuróticos, en las llamadas <<neurosis actuales>> (la neurastenia típica y las neurosis de

angustia puras) eran dependientes del factor somático de la vida sexual. Por lo cual era fundamental poder discriminar los cuadros de “neurosis de angustia” de las “histerias de angustia”; aunque en ambos la angustia era el síntoma común. En la histeria de angustia el factor psíquico prevalecía.

Cuando se trataba a esos pacientes, y se los ponía al tanto de su situación inconsciente, se agudizaban los síntomas y, en general, aumentaban sus padecimientos. Por lo cual no convenía hacer tales comunicaciones antes que ocurrieran dos condiciones: a) que el propio paciente estuviera cerca de tomar contacto por él mismo con lo reprimido, y b) que la ligazón con el médico (transferencia) evitara que el paciente intente “fugarse” nuevamente de saber acerca de sí mismo. Es por eso que la clínica psicoanalítica requiere de una prolongada relación con el médico, antes de hacerle saber a los pacientes sobre su intimidad.

Por último, con la finalidad de que exista una constancia del grupo de profesionales entrenados para ejercer la técnica analítica, menciona que se había creado la Asociación Psicoanalítica Internacional, a fines de marzo de 1910, en la que se publican los nombres de quienes son parte de ella.

El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis (1911)

Se propone en este trabajo explicar cómo los sueños pueden ser utilizados en los tratamientos de psicoanálisis. Para ello propone una regla: tomar en consideración la <<superficie psíquica>> del enfermo; considerando los complejos y resistencias que se puedan mover en el paciente. No conviene nunca alejarse de esta meta, con la intención de profundizar otros sectores o aspectos en particular.

En el caso que un sueño pudiera no llegarse a interpretar totalmente en una sesión, no corresponde seguir profundizando en el análisis de ese sueño a la sesión siguiente. Corresponde mantener la regla fundamental, analizando lo primero que al paciente se le viene a la mente. Tampoco conviene demostrarle al enfermo especial interés en el análisis de los sueños, porque podría despertar en el paciente la creencia de que si los tuviese el análisis estaría detenido.

Freud considera que es imposible hacer el análisis completo de un sueño extenso en una sola sesión. En particular, cuando se trata de los denominados <<sueños programáticos>> o <<sueños biográficos>>, que parecen ser el contenido total de toda una neurosis traducido al lenguaje onírico. Inclusive si se tratara de un sueño que fue traído al comienzo de un análisis, convendría que el analista se pudiera dar por satisfecho habiendo averiguado una sola moción de deseo del enfermo.

Por otra parte, varios sueños ocurridos en la misma noche pueden no ser más que el intento de darle figurabilidad a un mismo contenido bajo diferentes modos de expresión. Incluso es totalmente cierto que una moción de deseo volverá a expresarse nuevamente hasta no ser entendida o no quede sustraída a la presión represiva.

En el caso del tratamiento de un paciente sin experiencia analítica previa, no es conveniente que el analista le informe todo lo que ha descubierto con el análisis de uno de sus sueños. Tampoco tiene sentido que se le pida a los pacientes notar por escrito los sueños al despertar. Cuando esto ocurre, lo habitual es que los pacientes no tengan ocurrencias durante las sesiones sobre el sueño, y el resultado es similar a que no lo hubiera anotado. De ese modo, puede que el médico sepa algo más de la vida anímica del paciente, aunque no es lo mismo que también sepa el paciente el significado de su sueño.

Un tipo particular de sueños son los denominados sueños <<confirmatorios>>, que se producen por efecto del análisis. Son fáciles de interpretar y terminan confirmando lo que la investigación analítica venía realizando. Sin embargo, los psicoanalistas más experimentados se rehúsan a tomarlos como “un obsequio” de parte de los pacientes, confirmando lo trabajado en las sesiones. Ya que los sueños, en general, se anticipan a la cura y terminan siendo una referencia de lo que aún queda por seguir investigando y por descubrir de la vida anímica de los pacientes.

La dinámica de la transferencia (1912)

En este trabajo, Freud se propone explicar cómo se produce la transferencia, y el papel que juega en los tratamientos de psicoterapia. Afirma que en todo ser humano, las experiencias vividas en la infancia le van a dar una cualidad particular para el ejercicio de la vida amorosa. Marcarán las condiciones para ejercerla, las pulsiones que se van a satisfacer y las metas que se fijarán. Implica un clisé, que se va a repetir de manera regular.

En la vida de un sujeto va a tener un papel fundamental la combinatoria entre disposición y azar. A sabiendas que lo que se denomina <<disposición>>, pueden ser las sucesivas experiencias vividas por la serie infinitamente grande de nuestros antepasados.

Pareciera que solo un sector parcial de las mociones de la vida amorosa cumple el desarrollo psíquico completo. Otra parte se mantiene como un sector separado de la personalidad y solo puede mantenerse vigente en la fantasía, o quizás también en lo inconsciente, en cuyo caso pudo existir sin que se tuviera conocimiento de ella. Si la necesidad de amor de un sujeto no está satisfecha suficientemente en la realidad, orientará sus representaciones y expectativas hacia toda nueva persona que aparezca en su vida, y muy probablemente lo va a hacer con las dos líneas libidinales: la susceptible de conciencia y la inconsciente. Por

lo cual, pareciera normal que la expectativa libidinal rápidamente se oriente hacia la figura del médico tratante, a quien insertará en algunas de las <<series psíquicas>> que el paciente haya formado previamente. En un paciente varón puede estar ligada, por lo general, a la <<imago paterno>>, aunque también pudiera ser a la materna o la de un hermano varón.

Se plantea dos interrogantes: a) por qué razón la transferencia es más intensa en personas neuróticas en psicoterapia, que las que no están en tratamiento; y b) por qué se transforma, en los análisis, en la “más fuerte resistencia al tratamiento”; a sabiendas que en otros abordajes médicos la transferencia es la condición del éxito. En relación a lo primero, no es correcto afirmar que en los análisis la transferencia es más intensa y desenfrenada que en otras situaciones. Baste observar los fenómenos que se despliegan, por ejemplo, en instituciones de internación psiquiátrica, en los que abundan conductas de intenso sometimiento y humillación. Y en relación al segundo interrogante, a partir de lo propuesto por Jung, en los pacientes psiconeuróticos su libido se encuentra en estado de <<introversión>>. Esto quiere decir que la libido consciente, ligada a la realidad, disminuye. Mientras que, en cambio, se incrementa la libido inconsciente que alimenta la fantasía. La libido, por regresión, al retomar el camino transitado en la evolución libidinal consigue reanimar los imagos infantiles. Justamente, la cura analítica quiere encontrarla para que vuelva nuevamente hacia la realidad consciente. Va a ser en esos momentos en que se va a establecer una <<batalla transferencial>>. Porque todas las fuerzas que causaron la regresión libidinal se opondrán, en calidad de resistencias, al trabajo analítico. Si algo del contenido de un complejo puede ligarse a la figura del médico, la transferencia se produce de inmediato y emerge con toda intensidad como resistencia; por ejemplo, mediante la detención de las ocurrencias. Es sistemático que, de todas las características de un complejo, emerjan a la conciencia aquellas que se ponen al servicio de la resistencia. Por esa razón, los conflictos se tendrán que dirimir en la transferencia.

Cabe plantearnos, ¿por qué la transferencia se pone claramente al servicio de la resistencia? Como la libido está ligada a imagos infantiles, se hace muy difícil confesar una moción de deseo prohibida a la misma persona sobre la que dicha moción recae en ese momento. Sin embargo, los sentimientos tiernos, que son parte también de los complejos, tendrían que facilitar esa confesión. Por lo cual, la respuesta se clarifica al discriminar dos tipos de transferencias: una transferencia positiva y una negativa. La primera, positiva, incluye los sentimientos tiernos de confianza y amistad, que tuvieron en su origen fuentes eróticas, pero han perdido progresivamente su fin sexual. Por tal razón debemos considerar transferencias negativas solo las que contienen las mociones sexuales reprimidas y las hostiles, porque son las que se oponen en calidad de resistencias al tratamiento. Finalmente, los resultados de un psicoanálisis serán efecto de la sugestión; entendida como el influjo que puede hacerse sobre una persona, para resolver las transferencias posibles en él.

En la medida que el paciente respete la << regla fundamental >> (de decir todo lo que le pase por la mente sin crítica previa), será posible tomar contacto con sus mociones inconscientes, “que aspiran a reproducirse en consonancia con la atemporalidad y la capacidad de alucinación de lo inconsciente”. El paciente “quiere actuar (*agieren*) sus pasiones sin atender a la situación objetiva *real*”. Será en el campo de batalla de la transferencia donde se planteará la lucha entre el intelecto y la vida pulsional. Porque, en definitiva, “nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*”.

Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (1912)

Acerca del interrogante sobre el por qué puede no ser necesario que un analista tome nota de los datos que los pacientes exponen durante sus sesiones, la respuesta es complementaria a la regla

fundamental para los pacientes. El médico no debe fijar su atención en nada en particular del relato de los pacientes, sino tener en la sesión una <<atención parejamente flotante>>. Porque en la medida que intenta seleccionar algo en particular, estará más en contacto con sus propias expectativas e inclinaciones que con el hilo de sentido del proceso de los pacientes. Esta prescripción avala que solo a posteriori se podrán esclarecer aspectos escuchados con anterioridad.

La regla fundamental para el paciente incluye: “refiera todo lo que se le ocurra sin crítica ni selección previa”. Por lo cual, la parte que le corresponde al analista se puede formular de este modo: uno debe alejar cualquier injerencia consciente sobre su capacidad de fijarse, y abandonarse por entero a sus memorias inconscientes. Es por esa razón que Freud propone tomar como modelo al cirujano, que deja de lado sus afectos y rasgos humanitarios para realizar la operación para la que es convocado, con las reglas del arte.

La posición técnica que recomienda es que el analista oriente hacia el inconsciente emisor del paciente su propio inconsciente. De ese modo estará habilitado para conjeturar, a partir de los retoños que les son ofrecidos, las características de lo inconsciente que los generaron.

Para poder realizar esta tarea, tal cual lo ha mencionado, será necesario que el analista haya pasado, a su vez, por la experiencia de un tratamiento analítico. De ese modo podrá estar en contacto con los complejos de su propio inconsciente y entender lo que los pacientes le estén informando.

“Cualquier represión no solucionada en el médico le va a corresponder un punto ciego del analista” (Freud, 1912). Si bien el análisis de los propios sueños pueden ser una ayuda para el analista, eso no sustituye el beneficio de haber tomado, para sí mismo, un tratamiento de psicoanálisis.

Desaconseja firmemente la propensión de ciertos analistas jóvenes de hacerle conocer a los pacientes sus propias dificultades, bajo la consigna de que “una confianza estimula la otra”. Frente a lo cual expone otra regla técnica, con una segunda metáfora: “El médico no debe ser transparente para el paciente, sino como la luna de un espejo, mostrar solo lo que le es mostrado”. (Freud, 1912)

Finalmente, desaconseja firmemente la tentación pedagógica que ciertos pacientes, con una fuerte tendencia a la intelectualización, pueden estimular a los analistas. Subraya que nada es mejor que aprender de la propia experiencia, ateniéndose sin desvíos a la regla fundamental del análisis.

Sobre la iniciación del tratamiento (1913)

[Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis]

En el juego de ajedrez solo pueden conocerse técnicas de apertura y de finales a través de la lectura de libros. Las enormes variantes que hay sobre el medio juego solo se aprenden estudiando las partidas de los grandes maestros. Algo similar ocurre con el psicoanálisis. Por ese motivo se propone ofrecer ciertos “consejos”, sin que sea obligatorio seguirlos de modo incondicional. Si bien es cierto que las variantes que hay en los tratamientos de pacientes de análisis son enormes, aun así, se pueden establecer ciertas normas a seguir <<acorde al fin>>.

Los tratamientos de prueba

Freud había establecido como costumbre tomar a los pacientes, inicialmente, por una o dos semanas. De ese modo se daba la posibilidad de saber si el paciente estaba en condiciones de acceder a un tratamiento de análisis y, también, con una finalidad diagnóstica. Si padecían una neurosis histérica u obsesiva podía asegurarse la curación con el tratamiento. Pero eso no sería posible si

los pacientes, con una cierta fachada neurótica, tenían de base una esquizofrenia o una parafrenia.

Desaconsejaba realizar un número elevado de entrevistas previas a comenzar un análisis, sugerir que el paciente haga otro tratamiento con anterioridad, o que haya un conocimiento previo entre el paciente y analista. Porque, de ese modo, el paciente se ubicaría en el tratamiento con una posición transferencial ya establecida, que supondría una cierta ventaja sobre el médico. Lo mismo ocurre cuando hubo con antelación trato de amistad o social, entre el médico y el paciente o su familia.

Estipulaciones sobre tiempo y dinero

Tiende a contratar una determinada hora de sesión, de modo que el paciente sepa que es de él, y que podrá disponer de ella sistemáticamente. No es conviene modificar esta estipulación, para evitar la enorme cantidad de situaciones que lo justificarían. Solo acepta una modificación cuando el paciente padece una enfermedad orgánica, razón por la cual dispone de ese horario para asignarlo a otro paciente. Vuelve a tomar al paciente, asignándole otro horario, cuando se haya restablecido. En general veía a los pacientes 6 veces por semana, salvo feriados y domingos. Si bien, en casos leves son suficientes tres sesiones semanales.

Tiempo de duración del tratamiento

No puede ser estipulado de entrada, aunque es de respuesta imposible. En general, el psicoanálisis requiere de tiempos prolongados: en general de 6 meses a un año, como mínimo. De todos modos, le da la libertad a los pacientes de abandonarlo cuando lo deseen; sabiendo que eso supondría dejar un proceso sin terminar. El tiempo prolongado de un análisis se debe, además, a que las alteraciones anímicas profundas requieren mucho tiempo para ser modificadas; debido a la <<atemporalidad>> de los

procesos inconscientes. Además, porque los procesos analíticos siguen su propio curso y no pueden ser orientados o abreviados.

El dinero. Los honorarios del médico

Trata de plantear sus honorarios del modo más claro y directo posible, alejado de los modelos “caritativos” que lo social impone. Lo hace también con médicos, aun alterando un cierto código entre colegas, a quienes no atiende de modo gratuito, como tampoco a sus parientes. Propone cobrar sin que se acumulen cifras altas; por ejemplo, todas las sesiones ofrecidas en un mes.

El ceremonial del tratamiento

Le pide al paciente que se recueste en un diván, mientras él se sienta detrás, por fuera de su mirada. Conserva un aspecto histórico, ligado a la hipnosis. Pero las razones son, por un lado, de tipo personal porque no puede estar muchas horas enfrentando la mirada de sus pacientes. Pero también, tiene como finalidad que sus gestos, al escuchar los relatos, no influyan al ser percibidos por los pacientes.

¿Con qué material se comienza un análisis? La regla fundamental

No hay una prescripción normativa. Sigue siendo esencial el acatamiento de la regla fundamental. Por esa razón desaconseja que los pacientes traigan a sesión relatos preformados de su vida actual, de su infancia o que comenten con amigos o familiares el contenido de las sesiones. No se pueden excluir nombres o situaciones, a sabiendas que lo relatado en sesión está amparado por el secreto profesional.

No se debe ceder antes la propuesta de los pacientes que se les indique de qué hablar. Los pacientes que dicen “que no se les ocurre nada”, están claramente tomados por una resistencia. Si son mujeres, parecen estar preparadas para una agresión sexual. Y si

son hombres puede tratarse de una homosexualidad reprimida hiperintensa. Lo importante es que, si el relato y las ocurrencias de los pacientes fluyen sin dificultad, no es conveniente señalar la transferencia. Hay que interpretarla cuando la transferencia devino resistencia.

Cuándo comenzar a revelar el sentido oculto de las ocurrencias del paciente

“No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa. Un rapport en regla” (Freud, 1913). La primera regla es ligarlo al tratamiento y a la persona del analista. Y eso se produce dándole tiempo al tratamiento, mostrándole interés sobre su persona, de modo que el paciente pueda ligarlo a imagos de quienes recibió amor. La empatía se desarticula si el médico se comporta en de forma moralizante o en alianza, por ejemplo, con el otro miembro de la pareja conyugal. Así también, Freud condena exponerle al paciente, en la primera entrevista, lo que el médico pudo haber conjeturado sobre él. Está convencido que el efecto terapéutico será nulo; el paciente se sentirá intimidado y solo conseguirá incrementar su rechazo hacia el tratamiento. Será necesario esperar cierto tiempo para comunicar la solución de un síntoma o la traducción de un deseo inconsciente; por ejemplo, hasta el momento en que el paciente esté en condiciones de saberlo por sí mismo, y solo tendría que dar un paso más.

¿No es nuestra tarea llevar el tratamiento a su fin lo antes posible?

Este interrogante lo plantean quienes sugieren hacerle saber al paciente, como un conocimiento intelectual y consciente, las razones de su vivencia traumática y el hecho traumático en sí mismo. Sin embargo, luego de tal conocimiento, es hartos sabido que los síntomas no desaparecen, y los enfermos se comportan como si nada hubiera sucedido luego de recibir tal información.

Para quienes ejercemos el psicoanálisis la importancia de lo pulsional y el beneficio secundario de la enfermedad son características que es necesario tomar en consideración durante todo el tratamiento. A partir de la transferencia el paciente consigue reunir la energía para vencerlas, y mediante las intervenciones del analista ubica los caminos para hacerlo. Si el paciente solo lo lograra a partir la transferencia, sería solo un beneficio sugestivo, no un psicoanálisis; ya que un tratamiento analítico utiliza la transferencia exclusivamente para vencer las resistencias. Son factores a favor de un tratamiento de psicoanálisis, el interés intelectual y la inteligencia del enfermo.

Recordar, repetir y reelaborar (1914)

(Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II)

La técnica ha sufrido diferentes modificaciones desde que comenzaron a instrumentarse los tratamientos analíticos. Inicialmente con la catarsis, propuesta originalmente por Josef Breuer, la meta era conseguir ubicar el origen de los síntomas. Para ello el médico, con los pacientes hipnotizados, trataba de que pudieran reproducir la situación psíquica del momento traumático. De ese modo los llevaba a que tuvieran una descarga adecuada y consciente, ya que la meta era el recordar y la abreacción.

En la etapa siguiente, cuando se abandonó la hipnosis, el trabajo clínico consistió en conjeturar, a través de las asociaciones libres del paciente, lo que se denegaba a recordar. La resistencia se soslayaba a través del trabajo interpretativo, y se le brindaba al paciente lo que se había descubierto. Las situaciones que condicionaron la formación sintomática seguían siendo el foco del trabajo analítico, como así también, lo que haya estado presente al producirse la enfermedad. El trabajo que el paciente debía hacer era, básicamente, cumplir con la regla fundamental del análisis.

Finalmente quedó conformada la técnica que hasta hoy se utiliza. El médico no trata de ubicar ningún episodio en particular, sino que estudia la superficie psíquica del analizado en cada sesión. Y trata, mediante las interpretaciones, que el paciente venza las resistencias. De ese modo, al conocerlas, podrá evocar y narrar sin dificultad los nexos olvidados. En términos descriptivos consiste en cegar lagunas mnémicas; en términos dinámicos se trata de vencer las resistencias de represión.

En los tratamientos analíticos, a diferencia de lo que ocurría con la hipnosis, las vivencias y recuerdos aparentan estar “bloqueados”. Lo habitual es que aparezcan bajo la forma de “recuerdos encubridores”, atravesando de ese modo lo que tendemos a llamar la “amnesia infantil”. En ellos se recuerda todo lo esencial porque conforman el registro de los años infantiles olvidados. Se constituyen del mismo modo, como el contenido manifiesto lo hace con respecto a los pensamientos latentes del sueño.

Hay también grupos de procesos psíquicos que “se recuerdan”, aunque nunca pudieron ser conscientes; si bien no influyen en el convencimiento del paciente durante el curso de su análisis. Existen también vivencias importantísimas, que en su momento no fueron entendidas, pero que adquieren pleno significado *con efecto retardado*. {*nachträglich*}. En palabras textuales:

Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior, podemos decir que el analizado no *recuerda* en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción, lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace (...) No recuerda haber sido desafiante a la autoridad de los padres, pero lo hace ahora con el analista. O que estuvo desorientado frente a la investigación sexual infantil, pero trae al análisis sueños confusos. No recuerda haber tenido vergüenza frente a ciertas actividades sexuales, pero se avergüenza ahora de estar en un tratamiento de

análisis. En especial, empieza la cura con una actitud de ese estilo. Y al comunicarle a un paciente, de largo historial, la regla fundamental hace silencio, y dice que no se le ocurre nada...esta no es, desde luego, sino la repetición de una actitud homosexual que se esfuerza hacia el primer plano como resistencia a todo recordar. Y durante el lapso en que permanezca en tratamiento no se librá de esa compulsión de repetición; uno comprende, al fin, que esta es su manera de recordar” (Freud, 1914)

Por supuesto que lo que más interesa es la relación entre la compulsión a repetir, transferencia y resistencia. La transferencia misma es una pieza de la repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado. No solo sobre el médico, sino que se da también sobre todas las otras situaciones del presente del paciente; situaciones y vínculos de su vida. También resulta evidente que cuando mayor es la resistencia, será también mayor la repetición en lugar de la evocación.

Cabe plantearnos ¿qué se repite o actúa? Sus inhibiciones, sus rasgos patológicos de carácter. Por tal razón hay que tratar la enfermedad, no como un hecho histórico sino como un hecho real, con poder actual. Y mientras el paciente lo vive de ese modo, la tarea del analista es reconducir lo vivenciado hacia el pasado. Como con esta técnica se convoca un aspecto de la vida real de los pacientes, el <<empeoramiento durante la cura>> es una consecuencia inevitable. Por lo cual, no basta con que el paciente se lamente de su estado; es necesario que decida enfrentar sus síntomas tanto como su padecer.

Los analistas celebramos como un logro de la cura cuando un paciente logra llevar a la actividad del recordar lo que antes lo ponía en acción.

Es fundamental, en los tratamientos analíticos, sostener la libertad personal del analizado. Quedará a criterio de cada

profesional, y de cada tratamiento, si se le indicará a un paciente “que espere” para realizar una actividad que claramente es consecuencia de su momento de análisis, o que “posponga una decisión que modifique sustancialmente su vida”, por las mismas razones.

Al ofrecerles a los pacientes la transferencia para repetir con total libertad todos los síntomas de su enfermedad, sustituimos una neurosis ordinaria por una neurosis transferencial. Es al mismo un fragmento de la vida, y del vivencial real de un paciente, en el cual nuestra intervención es posible. Tiene el carácter de algo provisional; si bien, una vez que se resuelvan en la transferencia, sus efectos se sentirán también en la vida real de los pacientes.

La resistencia no se resuelve solo con nombrarla. Requiere de un trabajo para *reelaborarla*. Se consigue vencerla obedeciendo a la regla analítica fundamental. En la práctica esta reelaboración de las resistencias “puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el médico.” Pero es lo que produce el máximo efecto modificador, que la distingue de un tratamiento apoyado en la sugestión.

Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915 [194])

(Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III)

Las dificultades que los psicoanalistas enfrentan en el trabajo analítico son las que conciernen, en especial, a los inconvenientes que presenta la transferencia. Con frecuencia una paciente mujer puede sentir, por ejemplo, que se ha enamorado de su médico. En una situación así caben dos alternativas posibles: que se transforme en una relación formal o que el tratamiento se interrumpa. Dejamos sin considerar una tercera posibilidad, por ser contraria a la ética,

tanto civil como médica: que mantengan una relación ilegítima, aunque sea transitoria.

En el segundo de los ejemplos, el de la paciente que interrumpió el tratamiento, puede verse que se había vuelto a enamorarse de su segundo analista, y también en un tercer intento de análisis. Llegamos así a la conclusión que los “enamoramientos” son un efecto del psicoanálisis; lo cual lleva a los terapeutas a tener que prestar suma atención a los problemas de contratransferencia.

En ciertos casos, la paciente solo quiere que se la corresponda en su amor, sin importarle otra cosa. Y, a veces, con cierta teatralidad puede sentirse ya curada, sin necesidad de seguir su tratamiento. Sabemos que todo lo que se opone a la prosecución del análisis es una resistencia. Y también, que el enamoramiento ya estaba, aunque atenuado, con la aceptación tierna del tratamiento y hacia la figura del médico. La resistencia “utiliza” el enamoramiento para tratar de interrumpir la cura. Pareciera que la intensidad de lo afectivo, así como la propuesta de entrega sexual, sugiere que “hubiera sido mejor que todo quedara bajo la eficacia de la represión”.

Se nos plantea como obrar frente a estas situaciones. Exhortar a la paciente a que sofoque su sentir, efecto de lo pulsional, no tendría sentido ya que el tratamiento que le propusimos tendía a que surja tal emocionalidad. Además, con una propuesta de ese estilo, la paciente se sentirá desairada y con deseos de venganza. La regla con la que la cura tiene que desarrollarse es la abstinencia, no solo corporal. Lo que implica también no apaciguar las fuerzas de trabajo que implican las mociones pulsionales. La paciente en cuestión dejará de repetir en su vida en la medida que consiga contactar con la situación inconsciente que la impulsa. El terapeuta toma la transferencia amorosa, pero la considera como algo no real, efecto de la cura. Tratará de orientar la transferencia hacia los orígenes infantiles, inconscientes, de ese amor.

De todos modos, si el terapeuta insiste en que ese amor es una resistencia, no es improbable que la paciente se desinterese del tratamiento y pueda incluso abandonarlo.

Vale, de todos modos, plantearnos sobre el carácter genuino de ese amor. La resistencia no lo ha creado. Lo encuentra y se aprovecha de él al exagerar sus manifestaciones. El amor transferencial está formado por rasgos antiguos, y repite reacciones infantiles. Pero justamente es ese el carácter esencial de todo amor. Por eso no podemos negar el carácter genuino del amor de transferencia.

Ciertos rasgos lo hacen singular: 1) es provocado por la situación analítica, 2) es impulsado por la resistencia que se impone en el proceso analítico, 3) desconoce elementos de la realidad objetiva. Aunque, es también cierto, que son rasgos que caracterizan a todo enamoramiento.

Por último, como el analista está excluido de ceder ante los reclamos de amor de su paciente, la ayuda así a renunciar a una satisfacción inmediata; a favor de otra, más distante e incierta, pero más acorde a lo social y lo psicológico.

Introducción al psicoanálisis (1917)

Conferencia 27: La transferencia y Conferencia 28: La terapia analítica

La transferencia

Se plantean dos interrogantes sobre la terapia psicoanalítica: cuáles son los caminos por los que opera, y cuáles son sus posibles resultados.

En relación al primer interrogante, sobre los factores se ponen en juego para contraer una neurosis, podemos ubicar: 1) la disposición

hereditaria, 2) las vivencias infantiles tempranas, y la 3) “frustración real”. (la falta de amor, pobreza, querellas familiares, infortunio matrimonial, etc.).

También, se critica habitualmente al psicoanálisis porque los tratamientos insumen mucho tiempo semanal y son muy largos. E inclusive, desde la moral social, se objeta la propuesta analítica, porque se sostiene que alguien se curaría de sus dificultades si “gozara de la vida” sexualmente. Nada más alejado de la verdad, porque el conflicto de un neurótico se produce por la lucha entre la moción libidinal y la represión sexual. Son justamente los impulsos sexuales sofocados los que generan los síntomas. Los conflictos de los neuróticos no pueden concebirse como efecto de mociones que están en un mismo nivel psicológico: uno se encuentra en el plano consciente-preconsciente, y el otro en el inconsciente. La querella es tan imposible como la que puede suceder “entre el oso polar y la ballena”. La finalidad de la terapia es que los dos términos en conflicto se encuentren en un mismo nivel.

Tampoco los psicoanalistas somos mentores de nuestros pacientes. Respetamos la total libertad de quienes tratamos. Inclusive, para evitar efectos secundarios del proceso de un análisis, les proponemos que no tomen ninguna decisión que modifique sustancialmente sus vidas, hasta tanto terminen sus tratamientos. Queda entonces claro que el efecto terapéutico de un análisis tiene como centro llevar lo inconsciente a lo consciente. Cancelamos las represiones, y con ello las condiciones para la producción de síntomas. El conflicto pasa a constituirse así en un conflicto normal; y como tal tendrá una cierta solución.

¿Es el psicoanálisis una terapia causal? En la medida que no trata de resolver frontalmente el síntoma se diría que lo es, por apuntar a las causas. Pero, en realidad, tampoco es causal porque no se propone modificar el volumen libidinal incluido en la formación de síntomas, porque es de orden biológico.

Entonces, ¿cómo actuar para sustituir en los pacientes lo inconsciente por lo consciente? Cuando le comunicamos a un paciente lo que sabemos, no le estamos sustituyendo lo inconsciente por lo consciente; es muy poco lo que cambió. Pensado tópicamente, va a ser necesario ubicarlo en los recuerdos, que es donde se encuentra por obra de la represión. Si se elimina la represión la sustitución se realiza sin ninguna dificultad. ¿Pero cómo cancelar la represión? Esta es la segunda tarea: la primera fue ubicar la represión, ahora se trata de eliminar la resistencia que la mantiene eficaz. ¿Y ahora, cómo se remueve la resistencia? Infiriéndola y presentándosela al paciente. La resistencia es la contrainvestidura de la moción pulsional. No le pertenece al inconsciente sino al yo, que es nuestro aliado. Por lo tanto, la resistencia se resignará al ofrecerle al paciente, con la interpretación, el conocimiento de su incidencia. Contamos para ello con dos fuerzas, que provienen del paciente: su voluntad de sanar y su inteligencia.

En las neurosis, tanto en histerias, neurosis de angustia y neurosis obsesivas, las premisas que se confirman son: superar las resistencias, cancelar la represión y hacer consciente lo inconsciente. La lucha se establece entre los motivos que generaron la contrainvestidura y las fuerzas actuales que quieren superarlas. La terapia reaviva ese viejo conflicto, y propone revisar las razones que la produjeron. En su momento el yo era infantil y débil, y tenía razones para ver un peligro en la expectativa libidinal. Ahora, es un yo más fuerte y tiene al analista como una ayuda. Por esa razón, la expectativa es que su desenlace sea diferente al de la represión.

En otros cuadros, a pesar de nuestro esfuerzo, no es posible cancelar una resistencia o resolver una represión. Son los pacientes paranoicos, melancólicos, o los que presentan una demencia praecox. Son inmunes a la terapia analítica porque no es posible establecer en ellos la transferencia. Es justamente la transferencia la que determina nuestro éxito con las neurosis. Se transfieren

sentimientos sobre la persona del médico, que están en la base misma de la naturaleza de la enfermedad.

Llamamos transferencia positiva la que se presenta, en general, en pacientes mujeres bajo el formato de un intenso reclamo de amor o en también formas más atenuadas. No deja de aparecer en los tratamientos de psicoanálisis, sin que importe la edad de las pacientes e, inclusive, del médico. En cambio, en pacientes varones, la transferencia tiende a ser de carácter hostil o negativa.

La transferencia, compuesta por sentimientos tiernos, surge en los tratamientos desde el comienzo, y constituye el motor central para el trabajo analítico. Mientras se mantiene de ese modo no es necesario interpretarla. Recién debemos hacerlo cuando se enlaza a mociones sexuales o se liga a sentimientos hostiles.

Superamos la transferencia, devenida resistencia, cuando podemos demostrarle al paciente que sus sentimientos no dependen de situaciones actuales, ni tienen relación con la persona del médico. Son emociones que corresponden a experiencias vividas anteriormente. Por lo cual, cuando conseguimos que aparezcan los recuerdos que las justifican, el paciente deja de repetir. La relación con el médico se aclara, y deviene una mayor credibilidad acerca de la actividad que están realizando.

Cuando el proceso de la cura se establece con cierta firmeza, las alternativas de las relaciones con otros dejan de aparecer, y en su lugar se focaliza la relación con el médico. La neurosis de la vida cotidiana deja su lugar a una neurosis transferencial que tiene, como gran ventaja, que el terapeuta pasa a estar en el centro de la escena. Por lo cual, la solución de esta “neurosis transferencial”, de carácter intermedio, va a permitir que se resuelva también la enfermedad que llevó al paciente a tratarse.

Finalmente, los pacientes que padecen una “neurosis narcisista”, no pueden ser influenciados por los tratamientos analíticos. La

transferencia no promueve en ellos lo que sí produce en los otros tipos de neurosis; reaccionan a la figura del médico con indiferencia. Cabe pensar que han transformado la libido de objeto en libido del yo, y no pueden ser curados con psicoanálisis.

La terapia analítica

En los tratamientos analíticos no utilizamos la sugestión directa, si bien nos valemos de la transferencia como sugestión.

La sugestión directa, en cambio, está dirigida en contra de la exteriorización de los síntomas. Es una lucha entre la autoridad del médico y los motivos de la enfermedad. Un buen método de tratamiento médico debiera poder ser rápido, confiable y no desagradable. El método hipnótico llenaba dos de esas características (rápido y no desagradable), pero no era confiable, porque los resultados no perduraban. En muchas ocasiones los síntomas retornaban, sin que se pudiera hipnotizar nuevamente al enfermo. Además, se volvía monótono prohibir con el mismo ceremonial hipnótico los más variados síntomas, sin poder aprender de su sentido y significado.

Importa, entonces, remarcar las diferencias entre la terapia hipnótica y la psicoanalítica. La primera busca tapar y cubrir algo de la vida anímica, reforzando la represión, la segunda intenta sacarlos a la luz y removerlos. Así, la terapia hipnótica tendría un cierto carácter cosmético, mientras la analítica se aproximaría a una cirugía. Se busca llegar hasta los conflictos que han generado los síntomas y se sirve de la sugestión para solucionarlos, cancelando las represiones internas. De ese modo, las modificaciones son duraderas, y el paciente se encuentra en mejores condiciones para protegerse frente a nuevas posibilidades de enfermar.

En la terapia analítica trabajamos con la transferencia, por lo cual la sugestión está en nuestras manos, y con ella orientamos al enfermo hacia la resolución de sus síntomas. Con la sugestión no

guiamos al enfermo a un lugar determinado, sino que le ofrecemos representaciones-expectativas (representaciones anticipatorias), que coinciden con las de su interior. Los tratamientos finalizan cuando se han llenado las lagunas del recuerdo, y descubierto las oportunidades en que se produjeron las represiones. Finalmente, la transferencia misma tiene que ser desmontada, ya que en ella no está basada la curación.

Cabe mencionar ahora el mecanismo de la curación desde la teoría de la libido.

La neurosis no le permite al paciente gozar y producir, porque su libido no está orientada hacia objetos reales. Además, parte de su energía tiene que utilizarla para mantener la libido reprimida (esfuerzo de desalojo). Estaría sano si el conflicto entre el yo y su libido estuviera resuelto, y pudiera disponer de la libido con total libertad. Por esa razón, la tarea terapéutica supone conseguir desanudar la libido, que fue sustraída al yo, y ponerla otra vez a su servicio. Cabe preguntarnos ¿dónde está la libido? Se encuentra en los síntomas, que le procuran al paciente una satisfacción sustitutiva. Para solucionar los síntomas va a ser necesario ubicar su constitución y el conflicto que lo produjo. Va a corresponder, entonces, reactivar el conflicto para que tenga un desenlace distinto al original; con fuerzas que en ese momento no estaban a su disposición. Una parte de esta tarea se podrá hacer con los recuerdos que el paciente evoque. Pero el trabajo central será en transferencia, con el médico. El paciente intentará recrear la versión con la que se inició el conflicto, mientras que el terapeuta intentará, con las fuerzas que el paciente disponga, de que pueda tomar una decisión diferente. Por esa razón, la transferencia se convierte en “el campo de batalla” de las fuerzas en juego. La oposición a la tarea analítica es doble. Por un lado, se debe al rechazo del yo a contactar con las orientaciones de la libido que ocasionaron originalmente la represión. Y, por otro, al investimento de ciertos objetos que la libido que se resiste a abandonar. De esta manera, el trabajo terapéutico es también en dos frentes. Va a ser necesario

“forzar” a la libido a que pase de los síntomas a la transferencia; para luego liberarla de este nuevo objeto. El cambio fundamental se va a producir en el yo, al no permitir que opere la represión nuevamente, porque de ese modo la libido podría volver al inconsciente. Esta modificación en el yo ocurre por influencia de la sugestión del médico.

Otro sector importante, en relación con la teoría de la libido, son los sueños. Junto con los actos fallidos y las asociaciones libres, posibilitan conjeturar sobre los síntomas y su constitución. Permiten saber que las mociones que están bajo represión, y los objetos a los que la libido sustraída al yo se liga, son cumplimientos de deseo. Dado que durante el dormir se relaja en cierto modo la represión, posibilita tener acceso al conocimiento del inconsciente reprimido.

Dado que los sueños de los neuróticos no se diferencian de los de las personas normales, la diferencia entre neurosis y salud es solo válida para la vida diurna, no para la nocturna. En la medida que en los neuróticos la libido no está disponible para el yo, han quedado limitados en la posibilidad de gozar y producir.

Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918])

Lo descubierto hasta ahora ha llevado a considerar la tarea analítica del siguiente modo. Llevamos al enfermo a que conozca las mociones inconscientes que persisten en él, poniendo al descubierto las resistencias que se oponen a ello. Como solo el conocimiento no es suficiente para la modificación, utilizamos para ello la transferencia psíquica sobre la persona del médico. Así, intentamos que el paciente reconozca que la represión ocurrida en la infancia es inadecuada para su vida adulta, y que es inviable una vida sostenida en el principio de placer.

Hemos llamado psicoanálisis a este tipo de tarea, en sintonía con la actividad del químico. Los síntomas, y las características psicológicas del enfermo, son extremadamente complejas y en su fundamento están compuestas por mociones pulsionales. Le hacemos conocer entonces al enfermo, como lo hace el químico, la sustancia básica sobre la que está constituida su enfermedad, de la que él no tenía noción por ser inconsciente. Así *analizamos* al paciente, al descomponer los elementos esenciales de su actividad psíquica. De todos modos, la vida anímica está sometida a la pulsión de unificar y reunir, razón por la cual lo que hemos descompuesto de un síntoma rápidamente se insertará en una nueva composición. Se trata de una síntesis psíquica que ocurrirá automáticamente, sin nuestra intervención. Ferenczi llamó a nuestra tarea la <<*actividad*>> del analista. Pero ¿en qué consiste? Son dos tareas específicas: hacer consciente lo inconsciente y poner en descubierto las resistencias. Es por ello que el principio soberano que guía nuestro quehacer es el siguiente: “En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación, de abstinencia”. La abstinencia no tiene el sentido popular, como abstinencia sexual. Remite a la dinámica de como se contrajo la enfermedad: el paciente enfermó a raíz de una frustración y los síntomas le ofrecen una satisfacción sustitutiva. Cuando el paciente mejora de sus síntomas, en cierto modo se atempera la fuerza pulsional que empuja hacia la curación. Por ese motivo debemos seguir manteniendo una “privación sensible”, para no contentarnos con una mejoría modesta. El paciente buscará otras satisfacciones sustitutivas y va a depender de nosotros poder ubicarlas para que renuncie a ellas; aunque parezcan inocentes.

Sepamos que un factor de aferramiento intenso de los pacientes a la neurosis es la conciencia de culpa (necesidad de castigo). Tanto un matrimonio infeliz como una enfermedad orgánica prolongada, pueden ser modos de punición. Y debemos oponernos de modo enérgico a estas satisfacciones sustitutivas.

También buscará un tipo de satisfacción sustitutiva en el tratamiento, dentro de la relación transferencial con el médico. Dependerá del criterio de cada profesional qué y cuánto conceder. Lo que sí es claro que va a ser necesario denegar lo que el paciente desea más intensamente y con mayor urgencia.

No transformamos al paciente que nos consulta en un patrimonio personal. Por lo cual no lo hacemos a nuestra imagen y semejanza. Si existe un cierto factor “educativo” es para que el paciente se libere de sus restricciones y asuma su propio ser.

Cabe plantear, por último, cuáles pueden ser los nuevos desarrollos que le esperan a la terapia analítica. Pensemos, en particular, en la utilización de nuestra técnica en una gran parte de la población, que sufre de problemas neuróticos graves. No es improbable que sean consultas gratuitas, y se asistan a pacientes en hospitales o instituciones estatales. En esos momentos habrá que adecuar nuestra técnica a esas nuevas condiciones. Y seguramente tendremos que “alejar el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa, y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido con el tratamiento de los neuróticos de guerra”. Aun así, no cabe duda de que sus elementos más eficaces seguirán siendo los que puedan tomarse del psicoanálisis, tal como lo ejercemos.

Más allá del principio del placer. (1920).

Cap. II y III

Capítulo II

Freud denominó hace tiempo como “neurosis traumáticas” los estados que son consecuencia de choques ferroviarios o accidentes mecánicos que conllevan cierto riesgo de muerte. Por esa razón ubica a los heridos de guerra dentro de esos cuadros.

Dos rasgos caracterizan a tales neurosis: predominancia de la sorpresa, y por ello el terror; e inclusive, un daño físico simultáneo, que contrarresta la producción de síntomas neuróticos.

Conviene diferenciar por ello tres emociones diferentes, que a veces se utilizan de modo indistinto: la *angustia* supone cierta expectativa para confrontar un peligro; supone una preparación para enfrentarlo. El *miedo* implica la existencia de un objeto determinado frente a quien se lo siente. El *terror* se produce frente a un peligro sin estar preparado; ocurre por sorpresa.

Como los sueños habilitan el conocimiento de los procesos anímicos profundos, son de utilidad para estudiar la neurosis traumática. En los sueños de neurosis traumáticas, el soñante se encuentra reiteradamente frente a su accidente, de los que se despierta con terror. Lo asedia permanentemente el terror y el paciente parece fijado psíquicamente al trauma.

Esta fijación a determinada vivencia era ya conocida. Freud y Breuer habían mencionado, en 1893, que “el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias”. Lo llamativo es que los pacientes de neurosis traumáticas no están recordando frecuentemente la situación del accidente durante la vigilia. En cambio, el sueño sí lo lleva en forma sistemática a esa situación. Por lo cual, habría que pensar que dejó de ser un cumplimiento de deseo, o que se pusieron en marcha aspectos ligados al masoquismo del yo.

Quisiera continuar ahora con el modo de trabajo temprano del aparato psíquico: el juego de los niños. Freud pudo hacer la observación de un varón de un año y medio, durante varias semanas (su nieto), que realizaba una acción repetida y enigmática. Era un niño juicioso y obediente, que no lloraba cuando la madre lo dejaba durante horas, a pesar del afecto que tenía por ella. El juego consistía en tirar objetos debajo de la cama, con una expresión: “o-o-o-”, que significaba “*fort*” (se fue). Parecía jugar a que sus juguetes se iban. En otro momento, esto fue confirmado. Tenía un

carretel de madera atado con un hilo. El niño lo tiraba bajo su cuna, con la expresión “o-o-o-“, y después al tirarlo del hilo lo volvía a hacer aparecer con la expresión “Da” (acá está). Ese era el juego completo: desaparecer y volver a aparecer. Lo repetía incasablemente, si bien el mayor placer correspondía al segundo momento, de la aparición.

La interpretación del juego: su renuncia pulsional frente al alejamiento de la madre, sin protestas, era compensado por la gozosa reaparición que conseguía realizar por sí mismo. La vivencia pasiva, frente a la partida de la madre, era compensada por el momento activo de recuperarla. Otro aspecto del juego podría ser que se “vengara” de la madre por su partida, situación que en el juego se evidenciara como: “Vete, pues; no te necesito, yo mismo te echo”.

El planteo que surge es: el procesamiento psíquico de algo impresionante ¿puede expresarse de manera primaria e independiente del principio del placer? En el juego infantil, los niños consiguen aliviarse de la carga emocional y se apropian así de la situación; y quizás esté incluida la fantasía “de ser grandes y poder obrar como los mayores”. Al cambiar la pasividad del vivenciar por la actividad del jugar, le hace padecer a un compañero lo desagradable que a él le ocurrió; vengándose de ese modo haciéndoselo a otro.

Suponemos que es posible que, aún dentro del principio del placer, existan medios de convertir en recuerdo algo que en sí mismo fue displacentero. Sin embargo, estamos a la búsqueda de ubicar tendencias que sean más originarias e independientes del principio del placer.

Capítulo III

Desde hace veinticinco años, hasta el momento en el que escribe Freud este capítulo, la técnica analítica se modificó de modo

sustancial. Al comienzo el médico se conformaba con comunicarle al paciente lo oculto en él. Era básicamente un arte de interpretación. Pero como de ese modo no se conseguían resultados terapéuticos, se promovió a que el paciente confirmara lo conjeturado a través de sus propios recuerdos. La actividad terapéutica pasó a centralizarse en las resistencias del enfermo. Había que mostrarlas lo antes posible y, junto con la sugestión (que actuaba como <<transferencia>>), promover que el paciente las resignara. Pero tampoco se conseguía de ese modo hacer consciente lo inconsciente, ya que el paciente podía no recordar todo lo reprimido en él; inclusive lo más significativo. Por lo cual, no tenía modo de corroborar que lo que el médico le informaba era justamente lo que él padecía. En su lugar, se veía forzado a repetir con el médico lo reprimido, en lugar de recordarlo. El contenido era siempre una vivencia sexual infantil; un sector del complejo de Edipo y sus ramificaciones. Así, la neurosis común pasaba a transformarse en una neurosis de transferencia. La proporción entre evocación de recuerdos y repetición transferencial puede ser diferente en cada caso. Y aunque el médico no puede evitar esta repetición con él, debe tratar siempre de que se consiga mantener una cierta distancia entre la aparente realidad y el reflejo de un pasado olvidado.

La <<compulsión de repetición>>, que aparece en los tratamientos analíticos, merece una aclaración previa. Existe un habitual equívoco acerca de la resistencia. Lo inconsciente no ofrece ninguna resistencia, ya que siempre intenta irrumpir a la conciencia o, en todo caso, descargarse por medio de la acción real. La resistencia proviene de los estratos superiores de la vida psíquica, que son las que originalmente produjeron la represión. Al comienzo de los tratamientos analíticos resultan ser inconscientes, tanto los motivos de la represión como la represión misma. Por lo cual, un modo de clarificar la terminología es oponer, no tanto la conciencia a lo inconsciente, sino el *yo coherente* a lo *reprimido* (de él); porque en el yo es mucho lo inconsciente. En particular lo que puede llamarse <<el núcleo del yo>>. La pequeña parte que abarcamos la denominamos <<preconsciente>>. Al utilizar una

terminología dinámica, y no descriptiva, podemos decir que la resistencia del analizado parte de su yo; y que la <<compulsión de repetición>> debemos adscribirla a lo reprimido inconsciente. “Parece probable que la compulsión de repetición pueda solo expresarse después que el trabajo analítico recorrió la mitad del camino para encontrarla (...) No hay dudas que el yo consciente e inconsciente está al servicio del principio de placer” (S.E.). Quiere evitar el displacer que se generaría por la liberación de lo reprimido. Mientras nosotros nos esforzamos para que ese displacer se tolere, invocando el principio de realidad. “Ahora bien, ¿qué relación guarda con el principio de placer la compulsión de repetición, la exteriorización forzosa de lo reprimido” (“La manifestación del poder de lo reprimido”. S.E.). Sabemos que el placer para un sistema trae displacer para el otro; por lo cual no contradice el principio de placer. Pero lo totalmente novedoso es que la compulsión de repetición hace aparecer vivencia pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer. No fueron placenteras en su momento, ni tampoco lo siguieron siendo luego.

El florecimiento de la vida sexual infantil estaba condenado a sepultarse porque sus deseos no eran conciliables con la realidad, debido a la etapa evolutiva en la que se encontraba en niño. Este temprano florecimiento se hundió en medio de penosas sensaciones. Y la pérdida de amor y fracaso dejaron como secuela un daño permanente en el sentimiento de sí como cicatriz narcisista. Llega así a su fin el amor típico de la infancia.

Los neuróticos repiten en la transferencia esas sensaciones dolorosas. Promueven que el médico lo desaire y le dirija duras palabras. Nada de lo actualizado fue placentero en su momento. Se repite porque una compulsión lo fuerza. Este <<eterno retorno de lo igual>> parece tener un sesgo demoníaco. Es menos sorprendente cuando aparecen en las personas en las que existe una conducta *activa*. En cambio, sorprende cuando lo vivencian enfermos en forma *pasiva*; como si se tratara de algo que no dependiera de su poder.

Por tal razón, pareciera que en la vida anímica existe una compulsión de repetición establecida más allá del principio de placer. A ella referimos los sueños de las neurosis traumáticas y la impulsión al juego de los niños.

En relación a los fenómenos transferenciales, parecen estar al servicio de las resistencias del yo, obstinado en reprimir. “La compulsión de repetición, que la cura pretendía poner a su servicio, es ganada por el bando del yo, que quiere aferrarse al principio de placer.” La compulsión de repetición parece ser más originaria, elemental y más pulsional que el principio del placer, al que depone.

Dos artículos de enciclopedia. Psicoanálisis y Teoría de la libido. (1923 [1922])

A- Psicoanálisis:

Es el nombre de a) un marco teórico, b) un procedimiento de investigación del inconsciente [en sesión], y c) un método terapéutico, resultado de tal investigación.

Historia

Entre 1880 y 1881, Josef Breuer, internista y fisiólogo experimental, trató a una paciente con un grave cuadro de histeria, que había contraído mientras cuidaba a su padre enfermo. Sufría de parálisis motrices, inhibiciones y perturbaciones de la conciencia. Mediante el tratamiento con hipnosis tuvo un gran logro terapéutico y consiguió, también, comprender las características de su enfermedad.

Cuando Freud volvió de su pasantía en la escuela de Charcot, comenzó a trabajar en forma conjunta con Breuer. Publicaron “Sobre el mecanismo de los fenómenos histéricos” (1893), y más tarde el

libro *Estudios sobre la histeria* (1895). Y al procedimiento que estaban utilizando lo denominaron “catártico”.

La catarsis

En la actividad conjunta obtuvieron dos resultados que se mantuvieron en el tiempo: 1) los síntomas histéricos tenían sentido y significado, porque sustituían a procesos psíquicos normales, y b) el descubrimiento del sentido desconocido coincidía con la cancelación de los síntomas. De ese modo, la investigación científica y la propuesta terapéutica coincidían.

Como inicialmente habían seguido las propuestas de Charcot sobre la histeria traumática, en los comienzos de la actividad pusieron en primer plano el factor *afectivo*. Sostenían que los síntomas histéricos se debían a procesos psíquicos con intensa carga afectiva, que no pudieron tomar el camino normal hacia la conciencia y, por lo tanto, a la descarga motriz. El afecto *estrangulado*, impedido de *abreaccionar*, tomó una falsa vía transformándose en una inervación somática (conversión). Freud denominó <<traumas psíquicos>> a las situaciones que las generaban, que correspondían siempre a un pasado lejano. La propuesta conceptual que ofrecieron, a partir de allí, fue que los histéricos sufren de reminiscencias.

Se conseguía la *catarsis* al abrir la posibilidad de que el afecto se descargara normalmente hacia la conciencia. La pieza fundamental de esta teoría la constituía la existencia de procesos anímicos inconscientes.

El paso al psicoanálisis

Breuer pensaba que el efecto traumático había ocurrido en estados psíquicos particulares que denominaba *hipnoides*. Freud no lo consideraba así. Para él una representación devenía patógena cuando se orientaba en una dirección contraria a la tendencia que predominaba en la vida anímica, provocando así la <<defensa>>.

Renuncia a la hipnosis

Si bien la catarsis en los tratamientos de *hipnosis*, daban resultados terapéuticos, estaba demostrado que eran producto de la “sugestión” que el médico ejercía sobre la vida psíquica del paciente. Por lo cual los síntomas reaparecían una vez que la sugestión se debilitaba o quedaba sin efecto. A ello se sumaba la restricción que implicaba la cantidad restringida de pacientes a los que se podía poner en estado de hipnosis profunda.

La asociación libre

En principio, el estado hipnótico había traído un aumento en la capacidad de asociación de los pacientes. Con el abandono de la hipnosis parecía que esa disponibilidad se podía perder. Sin embargo, Freud recordó la anécdota de Bernheim: el paciente con sonambulismo solo en apariencia perdía el recuerdo de lo vivenciado durante ese estado. Lo recordaba si el médico lo forzaba, asegurándole que él lo sabía. Por eso, Freud también trató inicialmente, en los tratamientos sin hipnosis, de forzar a los pacientes a recordar. Luego, se dio cuenta que no era necesario tal forzamiento. Los pacientes tenían copiosas asociaciones, solo que las desechaban y dejaban de lado comunicarlas por objeciones que ellos mismos se imponían. Concluyó, de modo definitivo, que todo lo que a un paciente se le ocurría, a partir de una determinada temática, estaba en íntima relación con ella. La técnica consistió, a partir de allí, en que los pacientes no excluyeran ningún material ni ocurrencia para poder ubicar, desde los nexos asociativos, las temáticas inconscientes a partir de la solidez del determinismo psíquico.

<<La regla técnica fundamental>> de la *asociación libre* se afirmó desde ese momento como requisito indispensable para el trabajo analítico. Se le pedía al paciente que sea un desapasionado observador de sí mismo, y se focalice en su superficie psíquica. Se lo exhortaba a que sea totalmente sincero y tratara de mencionar

todo cuanto le surgiera, sin excluir ninguna ocurrencia por más que le pareciera: desagradable, disparatada, nimia, o crea que no iba al caso. Se fue confirmando, progresivamente, que las ocurrencias que tienden a desecharse eran, justamente, las más importantes en cada caso.

El psicoanálisis como arte de interpretación

Freud intentó con el método analítico lo que había descubierto en sus comienzos con Breuer: los síntomas histéricos tenían pleno sentido, y sustituían actos anímicos que habían sido interrumpidos en su trayectoria. Correspondía entonces, a través de las asociaciones libres de los pacientes, conjeturar el sentido de los síntomas. A su vez, la propuesta para el médico era tener una <<atención parejamente flotante>>, evitando fijar en su memoria nada en particular de lo que los pacientes dijeran. De esa manera podía orientar su propio inconsciente al inconsciente del paciente. Si bien no había una metodología a seguir en particular, la confirmación de esta técnica se fue haciendo al sostener la neutralidad en la experiencia clínica para el descubrimiento del inconsciente.

La interpretación de las operaciones fallidas y de las acciones casuales

Eran conocidos los olvidos de palabras y nombres propios. Los deslices en el habla y la escritura. La pérdida y extravío de objetos o actos en los que se hace un daño casual. Pudo demostrarse con el psicoanálisis que estaban determinados por dos tipos de motivaciones, uno de los cuales era inconsciente de modo transitorio o duradero. Quedó así resuelto un abismo existente entre el psiquismo normal y el patológico, y se amplió enormemente el valor del determinismo psíquico. En el psicoanálisis, la interpretación de las operaciones fallidas y de las ocurrencias, tienen un valor fundamental para la técnica.

La interpretación de los sueños

Un nuevo acceso a lo profundo de la vida anímica se consiguió utilizando la asociación libre al análisis de los sueños. De hecho, los sueños permiten conocer los estratos inconscientes del alma humana. A diferencia de los antiguos, es el paciente quien tiene la tarea de su desciframiento, a partir de las asociaciones sobre los elementos singulares del sueño. El análisis de esos fragmentos, permiten comprender el sentido de la actividad anímica de vigilia. El sueño recordado, como <<contenido onírico del sueño>>, se contrapone a los <<pensamientos oníricos latentes>> descubiertos con la interpretación. La transformación de los últimos en los primeros se puede llamar <<trabajo del sueño>>. A los pensamientos oníricos latentes se los llama también <<restos diurnos>>. Por obra del trabajo del sueño se condensan los pensamientos oníricos latentes de modo extraordinario. Son, también, *desfigurados* por el *desplazamiento* de las intensidades psíquicas en dirección de la **figuración en imágenes visuales**. Finalmente, gracias a la <<elaboración secundaria>>, el sueño tiende a adquirir algún sentido y cierta coherencia.

Teoría dinámica de la formación del sueño

La fuerza que impulsa la formación de un sueño no la aportan los pensamientos oníricos latentes o restos diurnos, sino un deseo inconsciente, reprimido durante el día, que se combina con los restos diurnos para componer el <<cumplimiento de deseo>>. Todo sueño es, por lo tanto, el cumplimiento de un deseo inconsciente y, al mismo tiempo, el cumplimiento del deseo de dormir. Si pudiéramos aislar los pensamientos latentes que formaron parte del sueño, encontraríamos una reflexión, una advertencia, una preparación para un futuro próximo o la satisfacción de un deseo incumplido. El carácter irreconocible y extraño del sueño se debe a la transformación de los pensamientos latentes, en parte, en un modo de expresión *arcaico*, y también a la acción de una actividad crítica vigente aun en el dormir. Es de suponer que la <<censura del

sueño>> es la misma que mantuvo *reprimida* la expectativa inconsciente durante la vigilia. Tanto en el síntoma como en el sueño se encuentra un cumplimiento de deseo incompleto, por acción de la actividad represora.

El simbolismo

El sueño está compuesto por símbolos que el soñante utiliza sin conocer. Los usos lingüísticos, el folklore y la mitología, tienen ese mismo tipo de simbología; por lo cual parecen ser una muy antigua herencia arcaica.

El valor etiológico de la vida sexual

El método psicoanalítico permitió conocer que, en la formación de todo síntoma, se hallan impresiones traumáticas de la vida sexual infantil. Se ven con claridad, tanto en neurosis comunes como la *neurastenia* y la *neurosis de angustia*. Se pudo concluir, en general, que en las neurosis *actuales* existían elementos presentes, y en las *psiconeurosis* los que provenían de un pasado lejano. Ninguna teoría ha producido tanto rechazo como la psicoanalítica, que propone la vida sexual como factor etiológico sobresaliente en las neurosis.

La sexualidad infantil

Se considera en general que, en los humanos, el comienzo de la vida sexual ocurre en la pubertad. El psicoanálisis ha propuesto considerar, en cambio, que la función sexual coincide con el comienzo de la vida extrauterina. La vida sexual infantil permitió entender características en los adultos que eran consideradas <<perversiones>>. Por lo cual fue necesario ampliar la noción de sexualidad, no limitándola al contacto genital. Se modificó, a su vez, el valor que tuvo la <<seducción>> para la conformación neurótica. Fue sustituida por la <<actividad fantaseadora>>, de crucial importancia para la generación de síntomas.

El desarrollo de la libido

La pulsión sexual, cuya expresión anímica denominamos libido, está compuesta por pulsiones parciales que progresivamente se van unificando. La fuente son los órganos del cuerpo, cuyas zonas, en especial, las denominamos zonas erógenas. Lo *oral*, para el lactante. Luego la *sádico-anal*, en la que se destacan el sadismo y el erotismo anal. En esta etapa, las diferencias entre los sexos toman el valor de activo o pasivo. Finalmente se conjugan las zonas pregenitales, culminando en la primacía genital. Como es un transcurso que ocurre en forma rápida, hay pulsiones que quedan detenidas en etapas previas a la *genital*. Se las denominan *fijaciones*, y tienen particular importancia en la producción de síntomas neuróticos y de perversiones.

El hallazgo de objeto y el complejo de Edipo

La pulsión parcial oral se *apuntala* en la satisfacción de la necesidad de alimentación, y en el pecho materno como objeto. Luego se desprende, y se vuelve autoerótica; encuentra su objeto en el propio cuerpo. Otras pulsiones parciales también son inicialmente *autoeróticas* para luego dirigirse hacia un objeto. Inclusive las pulsiones de la zona genital mantienen una satisfacción autoerótica intensa. En la organización genital definitiva, las correspondientes a la zona anal son sofocadas o dejadas de lado. En el varón, entre los dos y los cinco años el objeto sexual es la madre. Esta orientación, junto con el complemento de hostilidad y rivalidad hacia el padre, conforman el denominado *complejo de Edipo*. Este contiene un enorme valor para la vida amorosa. Las personas normales lo aprenden a dominar, mientras que los neuróticos permanecen ligados a él.

La acometida en dos tiempos del desarrollo sexual

Esta etapa inicial de la vida sexual encuentra normalmente su terminación hacia el quinto año de vida. Continúa una época de

latencia, más o menos prolongada. Es el momento en que se producen las restricciones éticas, que permiten protegerse frente a los embates del complejo de Edipo. En el período siguiente, de la *pubertad*, se reanima en el inconsciente el complejo de Edipo, porque las pulsiones adquieren su plena intensidad. El desarrollo de la función sexual en dos etapas parece ser una particularidad de la especie humana.

La doctrina de la represión

Las neurosis son la expresión de un conflicto entre el yo y ciertas aspiraciones pulsionales, sentidas incompatibles con su integridad física o exigencias éticas. El yo las ha *reprimido*, por no ser acordes con él. Les ha quitado interés y bloqueado el acceso a la conciencia, como así también a la satisfacción motriz. Cuando en los tratamientos analíticos se intenta hacer conscientes estas mociones pulsionales, las *fuerzas represoras* son sentidas como <<*resistencias*>>. Pero las pulsiones sexuales consiguen nuevas vías de descarga, orientándose hacia puntos de fijación anteriores, que son puntos débiles del desarrollo libidinal. De ese modo nace un <<síntoma>>, que es una *formación de compromiso* entre las pulsiones sexuales reprimidas y las pulsiones yoicas de defensa; aunque incompleto para ambos participantes.

La transferencia

Los tratamientos de análisis permiten confirmar que las mociones pulsionales intervienen en la conformación de los síntomas. Los pacientes establecen un vínculo emocional con el médico, que puede ir desde la tierna entrega hasta la terca hostilidad. Para ello, la vida anímica toma las mociones inconscientes del paciente. La transferencia, tanto positiva como negativa, juega un rol especial en el proceso de la cura de todo psicoanálisis.

Los pilares básicos de la teoría psicoanalítica

La existencia de procesos inconscientes; la doctrina de la resistencia y la represión; la sexualidad y el complejo de Edipo, son los pilares básicos de la teoría psicoanalítica. Quienes no los admitan a todos, no deberían considerarse parte de los psicoanalistas.

Ulteriores vicisitudes del psicoanálisis

El desarrollo del psicoanálisis fue enorme, en el curso del tiempo. Solo la mención de dos escisiones, ocurridas entre 1911 y 1913. El de G. Jung que, en un esfuerzo por acomodar los requerimientos éticos de la época, despojó al complejo de Edipo de su significado, dejando de lado el período sexual infantil que llamamos <<prehistórico>>. El otro fue el de Alfred Adler, que llamó <<protesta masculina>> a la represión. Prescindió del inconsciente y de las pulsiones sexuales.

Progresos más recientes del psicoanálisis

El progreso más importante en la teoría fue la inclusión de la libido, el *narcisismo*, en el yo represor. Siguiendo esta teoría, el mismo yo conformaría un reservorio libidinal, llamado yo narcisista, desde el cual se invisten los objetos y puede retornar a él. Gracias a estos avances, es posible diferenciar las *neurosis de transferencia* de las *afecciones narcisistas*. Las primeras (*histeria y neurosis narcisistas*) son pasibles de ser tratadas con psicoanálisis. Las segundas (*dementia praecox, paranoia, melancolía*) al retirar la libido a los objetos para ubicarla en el yo, son de difícil acceso mediante los tratamientos de análisis.

Cambio de la técnica

Después de la técnica de interpretación, el interés se orientó hacia las vías que podrían ser más apropiadas para lograr resultados en el paciente. La tarea consistía en hacerle conocer al paciente las resistencias que emergen en los tratamientos, y conseguir que las pudiera vencer. De no conseguir vencer las

resistencias, no había transformación ni cambios duraderos en los pacientes.

El psicoanálisis como método terapéutico

El campo de trabajo de un psicoanalista, por excelencia, lo constituyen las neurosis de transferencia (la histeria y la neurosis obsesiva). Aunque también se benefician todos los distintos tipos de fobias, inhibiciones y deformaciones de carácter. En tanto las modificaciones que se pueden conseguir con psicoanálisis requieren de cierto grado de plasticidad yoica, no conviene ofrecerlo a pacientes de edad avanzada, ni tampoco a personas de escaso valor ético.

El acceso a tratamientos analíticos de pacientes de capas populares seguramente se hará en un futuro desde instituciones hospitalarias.

Comparación del psicoanálisis con los métodos hipnóticos y sugestivos

El psicoanálisis se diferencia de los métodos sugestivos, porque no pretende sofocar los síntomas con la autoridad médica. Intenta resolver su causación transformando en forma permanente las razones de su emergencia. La sugestión solo es utilizada para que el paciente consiga vencer las resistencias, generando él su propia curación. Una definición posible de psicoanálisis sería: permite cancelar las resistencias levantando las represiones, y de ese modo restituir al yo las energías que están implicadas en los conflictos psíquicos. Se amplían en los pacientes, de ese modo, las posibilidades de producir y de gozar. La eliminación de los síntomas resulta ser una ganancia colateral del trabajo analítico.

Su relación con la psiquiatría

En su condición de psicología de lo profundo, en referencia a los procesos psíquicos no conscientes, seguramente será en el futuro

una ayuda esencial de la psiquiatría.

Críticas al psicoanálisis y malentendidos acerca de él

Una de las críticas habituales es acusarlo de <<pansexualismo>>; derivando todo lo que le ocurre a un paciente hacia lo sexual. Desde el comienzo, el psicoanálisis distinguió las pulsiones sexuales de las yoicas y definió que, además, el conflicto es entre ellas. <<Libido>> significa en psicoanálisis exclusivamente la fuerza pulsional de las mociones sexuales; no la energía psíquica en general.

Jamás se le ocurriría al psicoanálisis afirmar que el sentido de todo sueño es el cumplimiento de un deseo sexual. Solo una perspectiva maliciosa diría que la curación de los trastornos neuróticos se conseguiría ejerciendo libremente los deseos sexuales reprimidos. Por el contrario, el conocimiento de los deseos sexuales reprimidos da la posibilidad de dominarlos, lo que antes era imposible. También es una crítica sin asidero que el psicoanálisis entierra la religión, la autoridad o la ética. Incluso cuando se afirma que va en contra de los valores supremos de la humanidad (la investigación científica, el arte, el amor, la sensibilidad ética y social) por demostrar que las mociones pulsiones tienen un origen animal.

Las aplicaciones no médicas y su relación con el psicoanálisis

Una vez que el psicoanálisis se consagró como una *psicología de lo profundo* se pudieron resolver cuestiones ante las cuales la psicología de la conciencia no ofrecía posibilidades. Se establecieron relaciones con la *filogenia*. Así también se consiguió confirmar que los cuadros patológicos eran regresiones a estadios primitivos del desarrollo normal. Se pudo establecer que la emocionalidad del complejo de Edipo está ligada a las dos prohibiciones principales del *totemismo*: no matar al antepasado, y no desposar a la mujer de la estirpe a la que se pertenece. Así

también, que la religión y el derecho habían nacido en épocas primordiales como formaciones reactivas al complejo de Edipo.

Carácter del psicoanálisis como ciencia empírica

El psicoanálisis no es un sistema filosófico que intenta explicar el universo todo. Se ocupa de los hechos de su campo de trabajo, intenta resolver los problemas que se le aparecen en la observación, abierto a lo que la experiencia le ofrece y siempre dispuesto a modificar o corregir su doctrina.

B- Teoría de la libido: la libido es un término de la doctrina de las pulsiones.

Oposición entre pulsiones sexuales y pulsiones yoicas

Los primeros fenómenos estudiados por el psicoanálisis fueron las llamadas neurosis de transferencia (histerias y neurosis obsesivas). Los síntomas eran producto de mociones pulsionales que fueron rechazadas (reprimidas) de la personalidad (del yo) y a través de ese desvío habían encontrado una posibilidad de expresión. Quedaban en oposición, de ese modo, las pulsiones sexuales y las yoicas (*pulsiones de autoconservación*).

Según el poeta: “la fábrica del mundo es mantenida por *hambre y el amor*”. La libido era expresión del amor, así como el hambre lo era de las pulsiones de autoconservación.

La sublimación

Lo que se llamaban pulsiones sexuales estaban compuestas por pulsiones parciales. A su vez, cada pulsión parcial tenía una <<fuente>>; una zona del cuerpo de la que recibía estimulación. Se podía distinguir en ellas un *objeto* y una *meta*. La meta era siempre la descarga-satisfacción, pero podía cambiar de actividad a pasividad. El objeto podía cambiarse con cierta facilidad, y la pulsión que inicialmente tenía un objeto exterior podía ser vuelta hacia la

propia persona. Las pulsiones parciales podían mantenerse independientes entre sí o combinarse para una finalidad común. Podían también intercambiarse la investidura libidinal, de modo que la satisfacción de una fuera también la satisfacción de otra. El destino más importante de una pulsión parecía ser la sublimación, en la que el objeto y la meta sufrían un cambio de vía. De ese modo, una pulsión que en su origen era sexual terminaba teniendo una finalidad con valor social o ética superior.

El narcisismo

Se produjo un avance importante con el estudio de la *dementia praecox*. Se empezó a estar al mismo yo, que hasta ese momento era el encargado solamente de la represión. En la demencia, la libido era retirada de los objetos e introducida al yo. De ese modo, la actividad paralizante era consecuencia del intento vano de llevar la libido nuevamente hacia los objetos. Se vio así que el yo era un gran reservorio de libido, que era enviada a los objetos y estaba siempre disponible para recibirla nuevamente. También las pulsiones de autoconservación eran de origen libidinoso. Era denominada <<libido narcisista>>, y el amor a sí mismo era la forma primaria y normal. De este modo el conflicto en las neurosis de transferencia dejó de ser entre pulsiones sexuales y pulsiones del yo, y pasó a ser un conflicto entre libido de objeto y libido del yo.

Aparente acercamiento a la concepción de Jung

Parecía un regreso a la teoría de Jung sobre la libido primordial. En especial, por la transmutación de la libido de objeto en libido narcisista, ya que implicaba cierta des-sexualización. Sin embargo, en el hecho de que las pulsiones de autoconservación del yo debían reconocerse como libidinosas, no probaba que en el yo no actuaran otras pulsiones.

La pulsión gregaria

Muchos autores sostienen que en los humanos existe una <<pulsión gregaria>>, que regularía la conducta social e impulsaría a reunirse con otros individuos en comunidades mayores. Sin embargo, el psicoanálisis lo desmiente. La pulsión social es innata, se la puede reducir a investiduras de objeto libidinosas originarias, y en la infancia se desarrolla como una formación reactiva frente a actitudes hostiles de rivalidad.

Aspiraciones sexuales de meta inhibida

Las pulsiones sociales pertenecen a un tipo de mociones pulsionales, que están cerca de las <<sublimadas>>. Se conforman con cierta aproximación a la satisfacción y por ello establecen lazos fijos y duraderos con otros seres humanos. Pertenecen a esta clase los vínculos de ternura -plenamente sexuales en su origen- entre padres e hijos, los sentimientos de amistad y lazos afectivos en los matrimonios, que proceden de una inclinación sexual en su origen.

Reconocimiento de dos clases de pulsiones en la vida anímica

Con relación a la doctrina de las pulsiones el psicoanálisis se vio precisado de apoyarse en la biología. Es posible admitir que lo que constituye la vida y a su vez conduce a la muerte corresponda a dos procesos orgánicos: anabolismo y catabolismo. Un grupo de estas pulsiones, que funcionan en el fundamento, sin ruido, y conducirían a la muerte se denominan <<pulsiones de muerte>>. Se harían evidentes como tendencias de *destrucción o agresión*. Las otras serían las pulsiones sexuales o de vida. Su designación habitual sería la de <<Eros>>; su función sería, a partir de la célula viva, constituir unidades cada vez mayores, para obtener la perduración de la vida. En el ser vivo, las pulsiones de vida y de muerte estarían en mezclas y amalgamas variables; pero también sería posible la desmezcla.

La naturaleza de las pulsiones

Las pulsiones serían tendencias de la sustancia viva hacia un estado anterior; expresión de una inercia o elasticidad de lo orgánico. Ambas pulsiones, Eros o pulsiones de muerte, trabajarían una en contra de la otra, desde el comienzo de la vida misma.

Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños (1923 [1922])

En la introducción, Strachey menciona que Freud estaba interesado en la compulsión de repetición, tal como se ve en las secciones VIII y X. También en el *ideal del yo*, temas que había abordado en *Mas allá del principio del placer* (1920) y en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921).

I. - Para interpretar un sueño se puede seguir diferentes métodos: a) proceder de modo cronológico, pedirle asociaciones al paciente según fue relatado el sueño. Es el original y clásico, y Freud afirma que es el mejor; b) comenzar el análisis del sueño por algún elemento destacado. Tomando una imagen más nítida o un dicho en particular, con la expectativa que conduzca a ciertos temas de la vigilia; c) dejar de lado por completo el contenido manifiesto y averiguar con el soñante qué acontecimiento del día anterior se vincularía con el sueño; d) dejar plenamente a criterio del paciente cómo quiere analizar su sueño.

II. Depende el análisis de un sueño si se acompaña de resistencias bajas o altas de parte del paciente. Si fueran altas, no cabe esperar que el paciente colabore. Si la resistencia es muy alta, las asociaciones del paciente van a lo *ancho* y no a lo *profundo*. Aparecen entonces segmentos del contenido manifiesto del sueño que no habían sido relatados previamente.

Solo cuando la resistencia es moderada las asociaciones del paciente primero divergen mucho para luego converger hacia los pensamientos oníricos latentes. Son los casos en que es posible la colaboración entre paciente y analista.

Hay ciertos sueños relatados en sesión que no se pueden traducir, aunque no muestren gran resistencia. Sirven como introducción a pensamientos y recuerdos del soñante, sin que importe el contenido mismo.

III. Se pueden distinguir *sueños de arriba* de *sueños de abajo*. Los sueños de arriba son equiparables a pensamientos o propósitos diurnos que recibieron durante la noche el agregado de un deseo reprimido. En ellos se prescinde de factor inconsciente y se trata de seguir la ilación de los pensamientos que remiten a los restos diurnos. En los de abajo, los sueños son efecto del estímulo que produjo un deseo inconsciente, implica la introducción de un deseo reprimido durante la vigilia.

IV. Hay veces en que aparece una secuencia de sueños que tiene las características de una “historia novelada”. Pero es mucho más frecuente que los sueños no formen una trama continua, sino que corresponden a segmentos sucesivos del pensar de vigilia.

V. La interpretación de un sueño consta de dos fases: la traducción y su apreciación o valoración. Primero uno quiere saber lo que el sueño “cuenta”, y luego la característica de lo que fue relatado. ¿Qué se debe extraer de un sueño? En principio, un sueño es un pensamiento como cualquier otro. Posibilitado por la relajación de la censura y el reforzamiento inconsciente; desfigurado, también, por la censura, y la elaboración inconsciente. A este tipo de sueños corresponden los denominados “sueños de curación”.

VI. No pueden extraerse conclusiones universales sobre los sueños. Por ejemplo, en situaciones de ambivalencia, hay veces que aparecen sueños con sentimientos tiernos y luego otros en que

predominan la hostilidad. Solo se puede saber sobre el estado afectivo del conflicto, ligándolos con la actividad del paciente en la vida diurna.

VII. ¿Pueden los sueños ser influidos por la <<sugestión>> médica? No parece distinta a la influencia que el analista que puede tener sobre la actividad de sus pensamientos conscientes. De hecho, el contenido manifiesto de los sueños está relacionado con los pensamientos de la vigilia y con los episodios que incitan la actividad psíquica. Si se extiende el interrogante sobre la <<sugestión>> médica hacia los pensamientos latentes del sueño, la respuesta es también afirmativa. Por esa razón, la pregunta de base es, en qué medida el paciente es accesible a la sugestión en el análisis.

El paciente no es influenciado sobre la formación y el trabajo del sueño. Si se piensa en los pensamientos oníricos latentes, todo sueño tiene el empuje formativo de las mociones inconscientes que lo forman. Alguien escéptico pensará que se producen porque el médico las espera, si bien no es lo que pensaría el mismo analista. Sigue pendiente, de todos modos, la temática de la influencia del médico en la formación de los sueños. Están, por ejemplo, los llamados <<sueños confirmatorios>>: son sueños en que los pacientes traen recuerdos que confirman lo que el analista ha conjeturado en sesiones previas. Los que tienen particular importancia son los sueños que confirman lo conjeturado, pero que aparecen luego de que emergieran sentimientos olvidados hasta ese momento. De todas formas, sigue vigente la pregunta: ¿los sueños confirmatorios pueden ser formas en que aparece la influencia médica, entendidos como sueños de deferencia? Una frase podría dar cuenta del escepticismo: “Los seres humanos solían soñar antes de que existiera el psicoanálisis”.

VIII. Es indudable que los sueños presentan enormes ventajas para el descubrimiento de lo reprimido. A su vez, los sueños de deferencia provienen de la parte positiva del complejo paterno, que

llamamos transferencia. En gran cantidad de sueños es este factor el que permite dar cuenta de lo olvidado y reprimido. En las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), donde Freud trató la relación de la transferencia con la sugestión, se veía lo poco que parecían estar relacionados los resultados de un tratamiento de análisis con la sugestión. Y luego, en *Más allá del principio de placer* (1920), se planteaba por qué razón podían reproducirse vivencias penosas del período sexual infantil. Fue necesario que concediera la existencia de una pulsión emergente, con una enorme intensidad, una <<compulsión de repetición>>, capaz de vencer el esfuerzo de la represión que estaba al servicio del principio de placer. Sin embargo, eso no ocurría antes que “el trabajo solicitante de la cura haya aflojado la represión”. Habría que agregar que es la transferencia positiva la que le presta esa ayuda a la compulsión de repetición, porque se establece un pacto entre la cura y la compulsión de repetición. Inicialmente, la compulsión de repetición se dirige contra el principio de placer, con la finalidad de instalar el principio de realidad. Si bien en reiteradas ocasiones no respeta el pacto establecido, y no se conforma con el retorno de lo reprimido bajo la forma de imágenes oníricas.

IX. En la perspectiva que Freud expresa en este texto sobre los sueños, la neurosis traumática sería la única excepción efectiva a que los sueños sean cumplimientos de deseos. Y los sueños punitivos parecen ser la única excepción aparente. En estos últimos, el contenido manifiesto termina siendo una enérgica formación reactiva al contenido latente. Es una desautorización o una contradicción plena, que es solo atribuible a la instancia crítica del yo que se restableció durante el dormir. Pudo haber operado en el despertar, pero con el sueño punitivo consiguió que el descanso no se interrumpiera. La censura es frecuente que se exprese en el contenido manifiesto de los sueños, incluyendo algo contrario u opuesto a lo que el sueño muestra.

X. El yo del soñante aparece más de una vez en los sueños; ya sea en la propia persona y otras, en diferentes personajes del

sueño. La elaboración secundaria trató de anular esa multiplicidad, pero la interpretación del sueño la vuelve a encontrar. Si bien no todas las personas que aparecen en el sueño deban considerarse sustituciones del propio yo, en cambio, se confirma que la separación entre el yo y su instancia crítica, punitiva o ideal tiene valor para la interpretación de los sueños.

Inhibición síntoma y angustia. Regla fundamental. (1926 [1925]). Pág. 116

El neurótico obsesivo tiene una particular dificultad para obedecer la regla fundamental. Es consecuencia de su compulsión a guiar su pensamiento, así como aislar y evitar el contacto. Son expresiones del conflicto entre su super yo y el ello. Particularmente, se defiende en sesión de su ambivalencia y fantasías inconscientes. Al estar tan impedido de dejar aparecer conexiones entre sus pensamientos, está, en cierto modo, obedeciendo a un mandamiento fundamental de la neurosis obsesiva: el tabú del <<contacto>>.

¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial (1926) Cap. V

Partiendo de la idea que *lego* es igual a no *médico*, la pregunta que va a intentar responder en este artículo es si a los no médicos se les puede permitir ejercer el análisis.

Capítulo V. [En un diálogo imaginario con ese supuesto juez imparcial ofrece estos conceptos]:

“Promete total curación”, si el paciente se compromete a obedecer la *regla fundamental del análisis*: decir con total sinceridad lo que se le ocurre (durante la sesión), aunque le resulte desagradable o disparatado. Por las comunicaciones, el analista infiere las vivencias y mociones de deseo que el paciente ha reprimido, porque se produjeron en un momento infantil en el que el yo era débil. El analista se las comunica al paciente, quien con su ayuda mejora.

De todo el material escuchado, ¿cómo hacer para determinar lo que efectivamente corresponde a lo reprimido? Con ese fin, la primera actividad del analista será *interpretar* el material; sean recuerdos, ocurrencias o sueños.

Un modo de garantizar que las interpretaciones sean correctas, por lo que no se verán influidas por la personalidad del analista, es que el profesional haya pasado también por un tratamiento de análisis. De ese modo, podrá orientar su propio inconsciente al del enfermo.

Una vez encontradas las interpretaciones correctas es necesario esperar hasta el momento oportuno para ofrecerlas al paciente. Dicho momento será cuando el propio paciente se haya aproximado por sí mismo lo suficiente, y solo le falte un paso para conseguirlo por su cuenta.

Debemos saber que, si bien el paciente quiere curarse, otro sector de él se opone a la mejoría; esa es claramente su condición neurótica. Retoños de lo reprimido han irrumpido en el yo, que ha perdido su unidad. Es por ello que la resistencia del paciente a curarse se apoya muchas veces en la serie de “beneficios” de seguir enfermo; es la denominada <<ganancia de la enfermedad>> [el beneficio secundario de la enfermedad]. Como el yo del paciente lo desconoce, es necesario “obligarlo” a tomar nota de ello.

Algo más sobre la psicología profunda: hasta ahora estábamos con temáticas en derredor del yo y el ello, mociones inconscientes y el yo represor. Debemos incluir una pieza particular que llamamos <<superyó>>. Es una instancia intermedia entre ambos: pertenece al yo, pero tiene una relación intensa con el ello.

El superyó es el precipitado de las primeras investiduras que el ello hizo de los objetos. Es el heredero del complejo de Edipo, luego de ser sepultado. Trata al yo como un objeto, y muchas veces con mucha dureza; y es quien genera el sentimiento de <<conciencia moral>>. En los neuróticos no alcanzó a transformarse en una instancia impersonal, sino que le “habla” al yo con la dureza con la que un padre severo le habla a un hijo. Por eso, al mantenerse en la vida anímica del neurótico un fuerte sentimiento de culpa, la enfermedad es a veces vivida como un <<autocastigo>>.

Llamamos *resistencias* a todas las fuerzas que se oponen a la curación. De allí que el “sentimiento inconsciente de culpa” representa la *resistencia del superyó*, y es el factor más importante a tramitar para que tratamiento sea exitoso.

Como se reprimieron aspiraciones sexuales en la temprana infancia, cuando en los tratamientos nos acercamos a ellas el yo responde con angustia. Por eso, las denominamos <<resistencias del ello>>. Podemos estar seguros de que el triunfo sobre las resistencias, mediante el trabajo analítico, devolverá a los pacientes un yo fortalecido al terminar la cura. Como el trayecto de un análisis es profundo, los tratamientos requieren tiempo prolongado.

El influjo personal sobre el paciente se pone a favor del tratamiento para vencer las resistencias. El paciente despliega una particular relación afectiva hacia el analista. Así como los niños creen en las personas de las que depende, ese mismo influjo <<sugestivo>> es el que los analistas utilizamos para mover a los pacientes a superar sus resistencias. De todos modos, es necesario aclarar que esos sentimientos de ternura pueden desplazarse, en

los análisis, hacia vivencias de amor que prescinden de todo criterio de realidad, sin importar edad, sexo o condición social. Es un amor “compulsivo”: exige satisfacciones sensuales y exclusividad. Se le despiertan celos y siente hostilidad y deseos de venganza cuando no puede alcanzar sus expectativas. Rápidamente pierde interés en el tratamiento como en su restablecimiento. Reemplazó una enfermedad por otra. Es para nosotros ostensible que en la base de toda neurosis hay un fragmento de la vida amorosa infantil. Por lo cual, tomamos como objeto de análisis ese mismo enamoramiento. Lo que vemos es que trata de reprimir los sentimientos, tanto amorosos como hostiles, frente a nosotros. Por tal razón, concluimos que *repite* con el analista las vivencias que alguna vez sintió. *Transfiere* sobre el analista sentimientos que estaban en la base de su neurosis. “Lo reproduce como algo presente, en lugar de recordarlo” [*agieren*]. Se resuelve así el enigma del amor de transferencia, y el análisis prosigue justamente con la nueva situación.

El análisis de la transferencia requiere de un cuidado técnico muy especial. No tiene sentido sofocar o desconsiderar la transferencia. Se denomina tratamiento analítico si los que lo realizan son psicoanalistas. Es cierto que hay veces que no es posible contener los embates de las emociones transferenciales de los pacientes. En esos casos no hay otro camino que soportar la interrupción de los análisis. Aunque sabemos que acceder a las demandas transferenciales de deseos amorosos no solo es ilegítimo y éticamente inadmisibles, sino que termina siendo absolutamente ineficaz para el logro terapéutico. El neurótico no se cura si no se cancela la repetición ya existente en él. La única salida posible de la repetición transferencial es la reconducción permanente al pasado. Lo que implica destreza y paciencia de parte del analista.

Finalmente, una vez que se han cursado los seminarios en los Institutos de formación psicoanalítica, las supervisiones de sus pacientes con analistas de más experiencias, y realizado el propio análisis personal, *ya no es un lego en el campo del análisis.*

Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933)

Conferencia 34ta. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones

Las críticas al psicoanálisis han sido muchas, desde distintos sectores, tanto científicos como culturales. Freud consideró la conducta opositora general como un fenómeno de resistencia, de la misma cualidad que tenía que combatir en los pacientes individuales. Trató de no incluirse en la polémica, y eso también fue lo que les propuso a sus seguidores. Finalmente, los resultados de tal posición han sido buenos.

Sin embargo, los partidarios le pedían con frecuencia que mencione las diferencias entre el psicoanálisis y otros abordajes parecidos. Por ejemplo, la psicología individual de Adler, que en Estados Unidos fue tomada con iguales derechos que el psicoanálisis. En cambio, lo que propone el psicoanálisis, en su lugar, es una psicología del individuo humano.

Un psicólogo individual dirá que el motivo para imponerse a los demás, ya sea un homosexual, un necrófilo o un neurótico padeciendo angustia, será la voluntad de sobrecompensar la inferioridad; de pasar <<encima>>, de pasar la línea de lo femenino a lo masculino. Desde la perspectiva del psicoanálisis, los individualistas confunden la parte por el todo. La pulsión de autoafirmación intentará sacar ventaja, aun de sentirse enfermo. En el psicoanálisis eso se denomina <<ganancia secundaria de la enfermedad>>. Si pensamos, inclusive, en el masoquismo del yo, la necesidad inconsciente de castigo y autolesión neurótica se podrá también poner en cuestión la verdad universal que propone la psicología individual. Elimina totalmente la noción de inconsciente y la sexualidad.

También, es el caso de Rank, se puede poner énfasis en la angustia de nacimiento como motor de todas las perturbaciones neuróticas posteriores.

Un aspecto que la hija, Ana Freud, ha realizado fue la aplicación del psicoanálisis a la pedagogía. Es claro que el niño debe aprender a gobernar la sexualidad. Y la educación tiene que cumplir la función de sofocar lo pulsional, a sabiendas que, de ese modo, puede provocar una neurosis. Por eso debe mantenerse entre la *Escila* de la permisión y la *Caribdis* de la denegación (frustración). Si resuelve la tarea de manera ideal podrá extirpar uno de los productores esenciales de las neurosis: los traumas infantiles accidentales, sabiendo que la disposición pulsional constitucional no puede eliminarse.

Pasado ya quince años desde que propuso su teoría, se plantea cuánto se puede conseguir con el análisis. Reconoce que nunca fue demasiado entusiasta de la terapia. Y por supuesto, que hay mucha más gente que cree en milagros religiosos [la Virgen de Lourdes] que en el psicoanálisis. La actividad analítica es muy exigente, y requiere la dedicación exclusiva del médico. Lo que muchas veces falta en las terapias es la fuerza pulsional que se requiere para imponer la curación. La otra limitación de los éxitos de las terapias analíticas son los tipos de enfermedades. Se sabe que las más accesibles a los tratamientos de análisis son las neurosis de transferencia, las fobias, histerias, neurosis obsesivas y también, las anormalidades de carácter que se desarrollaron a partir de esas enfermedades. Y, por otro lado, los estados narcisistas y psicóticos son inapropiados para el análisis. Un factor en contra de las estadísticas son los diagnósticos que pueden hacerse, con cierta justeza, luego de haber realizado un tratamiento de prueba. Porque, si el paciente resulta no ser apropiado para el análisis, pasa a engrosar la estadística de los que no se beneficiaron con este tipo de tratamientos. Si se tratara de un candidato, en cambio, sería rechazado casi de comienzo.

Un último reproche que se le hacen a los tratamientos analíticos es que demandan un tiempo excesivamente largo. Pero como pasa con la tuberculosis o el lupus, solo se puede tener éxito con los tratamientos que se adecúan a las características de la afección.

Análisis terminable e interminable (1937)

Strachey menciona, en la Nota Introductoria, que es un artículo pesimista con respecto a la eficacia clínica del psicoanálisis, porque están remarcadas las dificultades del procedimiento y los obstáculos que se van presentando. En *Nuevas conferencias...* había escrito: “Nunca fui un entusiasta de la terapia” (Freud, 1932-36, Tomo 22, p.140). Hace aquí hincapié en la intensidad de lo *constitucional* de lo pulsional, y la relativa debilidad del yo en situaciones como la pubertad, la menopausia y las enfermedades orgánicas. Si bien, finalmente, el inconveniente más poderoso e incontrolable, es la pulsión de muerte, la considera responsable de la mayor resistencia que se encuentra en los tratamientos de análisis, y también la causa última del conflicto anímico. Vuelve a jerarquizar tres elementos que son decisivos para el éxito de una terapia: el origen *traumático* de los síntomas (en oposición a lo constitucional), la importancia de lo *cuantitativo*, y la alteración del yo. Sobre este último elemento, Freud se inclinaba a considerar que la acción terapéutica suponía modificar alteraciones ya existentes en el yo, por efecto de los procesos defensivos.

En este artículo también se muestra escéptico sobre la eficacia “profiláctica” del psicoanálisis. Solo se puede modificar un conflicto <<actual>>, y aunque este se resuelva, no hay garantías de que el yo no pueda verse dificultado para resolver otros. Si bien, la eficacia del análisis en relación a conflictos latentes podría quizás depender de la relación entre el factor cuantitativo de la pulsión y la robustez del yo.

Capítulo I

Liberar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, inhibiciones y anormalidades de carácter requiere un largo trabajo.

Acortar el tiempo fue lo que propuso Otto Rank, en su libro *El trauma del nacimiento* (1924). Proponía que la *fijación primordial* a la madre no se superara y prosiguiera como <<represión primordial>>. Rank creía resolver toda la neurosis de un paciente con esa “piecita” en particular.

Freud, en su experiencia con el tratamiento de un hombre que parecía muy “cómodo” con su enfermedad, decidió fijarle un plazo de terminación (El hombre de los lobos). Con ese recurso, las resistencias del paciente cedieron y en poco tiempo más aparecieron recuerdos y nexos que posibilitaron aclarar su neurosis presente. Hacia el final de la Guerra el paciente volvió a consultar a Freud en Viena, como un fugitivo y sin recursos. Lo auxilió, durante pocos meses, para resolver una parte no tramitada de la transferencia.

Fijar la terminación de un análisis, con esa finalidad, tiene valor porque se la vive como una experiencia coercitiva. Aunque es posible que una parte del material emerja y otro se sepulte. Conviene saber que no es válido extender el plazo una vez fijado, porque el paciente dejaría de creer en ese recurso. “El león salta una sola vez”.

Capítulo II

Decirle a un paciente “su análisis no fue terminado”, o “no fue analizado hasta el final”, son formulaciones que ponen en cuestión si “existe un término natural para cada análisis”. Lo práctico es que un análisis se termina cuando paciente y analista dejan de encontrarse para trabajar juntos. Para que ocurra una situación así debieran darse dos condiciones: a) que el paciente ya no padezca los síntomas; la angustia y/o las inhibiciones que lo trajeron al tratamiento; o b) que el analista confíe haber hecho consciente el

material reprimido y a su vez eliminado las resistencias internas del paciente, que ya no puedan repetirse los procesos patológicos en cuestión. Si las dificultades externas impidieron la continuación, convendría hablar de un análisis imperfecto, pero no terminado.

Los tratamientos que tuvieron una feliz terminación son lo que, en general, el yo del paciente no estaba notablemente alterado y la neurosis era de tipo traumática. En la situación opuesta, si las pulsiones eran extremadamente intensas y el yo del paciente había sufrido traumas tempranos los resultados del análisis no eran buenos. En el momento en el que Freud lo enunció, se esperaba que una cura analítica fuera duradera o, en todo caso, que una afección nueva no revelara que se trataba de la reanimación pulsional anterior. Lo cierto es que no había forma de prever el destino posterior de una curación.

Capítulo III

De los tres factores que son relevantes para el enfermar, el influjo de traumas, la intensidad pulsional y las alteraciones del yo, parecen más importantes las que refieren a lo pulsional. Lo deseable es que el factor pulsional sea admitido dentro de la armonía del yo, y que no siga un camino propio para su satisfacción.

Es importante que consideremos la relación entre la intensidad pulsional y la robustez del yo. Sabiendo que hay dos momentos en que lo pulsional se incrementa (en la pubertad y antes de la menopausia, en la mujer) se considera que es necesario tomar en consideración el factor económico, tanto como el dinámico y el tópico.

El psicoanálisis produce un estado que no existió previamente en el paciente. Y esta formación nueva es la diferencia esencial entre la persona analizada y la no analizada. Todas las represiones acontecen en la temprana infancia. Son medidas de defensa del yo inmaduro y endeble. No se establecen nuevas, y el yo recurre a las

anteriores para gobernar las pulsiones. Es por ello que los conflictos son tramitados con <<post-represión>>. El análisis hace que el yo, maduro y fortalecido haga una revisión de estas represiones. Se edificarán diques más sólidos que no cederán tan fácilmente ante el embate pulsional.

“La rectificación con posterioridad del proceso represivo originario, la cual pone término al hiperpoder del factor cuantitativo, sería entonces la operación genuina de la terapia analítica.” (Freud, 1937:230)

La evolución libidinal cursa por etapas: oral, sádico anal, fálico genital. La sustitución de una a otra ocurre de modo paulatino, y nunca se hace por completo. Por eso siempre quedan restos de etapas anteriores. La tarea analítica se centra en sustituir las represiones permeables por otras confiables. Por eso el logro del análisis pasa por el robustecimiento del yo, y el auxilio que le podemos dar.

Capítulo IV

Se plantea como interrogante si los conflictos pueden reiterarse, luego de que un paciente haya realizado un tratamiento analítico, ya sea que retorne uno que se había resuelto, o que se trate de uno nuevo que lo sustituya. Freud reafirma que si los conflictos pulsionales *actuales* no pueden ser influidos por un tratamiento de análisis, quedan, teóricamente, dos posibilidades: volverlo *actual* dentro del tratamiento, o hablar sobre la posibilidad de que ocurra. Sin embargo, ninguna de ellas es viable.

Capítulo V

Para el psicoanálisis las tres características que cuentan en la emergencia de una neurosis son: la etiología traumática del enfermar, la intensidad de las pulsiones y las alteraciones del yo. Las que cuentan con mayor importancia en los tratamientos son las pulsionales. Sobre la temática de las alteraciones del yo las

variantes pueden ser originarias o adquiridas; son las segundas las que el análisis puede tratar con mayor eficacia. El yo, desde el comienzo, trata de mediar entre el ello y el mundo exterior, al servicio del principio de placer. Por lo tanto, trata a las exigencias pulsionales como peligros externos, porque sabe que la satisfacción pulsional le traería conflictos con el mundo exterior. Los procedimientos internos que realiza para evitar el peligro se denominan <<mecanismos de defensa>>; se ponen al servicio de evitar el conflicto, la angustia y el displacer. De uno de ellos, <<la represión>>, ha partido el estudio de las neurosis. La huida es útil con la realidad exterior, aunque es imposible huir de la realidad interior. Por tal razón, se apela a falsear la percepción interna que trae aparejada una deficiente y alterada noción del ello.

Los mecanismos de defensa se ponen al servicio de apartar peligros. Aunque el gasto dinámico que implican, y las alteraciones que generan, suponen una pesada carga para el yo. Se mantienen una vez establecidos, aun cuando ya no son necesarios, y quedan como estilos de carácter a los que se apela cuando las situaciones vitales lo requieran. Y lo habitual es que el yo trate de encontrar situaciones de la vida real que justifiquen su permanencia y aferramiento a ellos. Cita el libro de Ana Freud, sobre la influencia de los mecanismos defensivos en los tratamientos ya que, en los análisis, una parte tiene que ver con la temática pulsional y la otra con las alteraciones del yo.

Los mecanismos de defensa aparecen en los análisis bajo la forma de resistencias al restablecimiento, porque el yo trata la curación como un nuevo peligro. Las resistencias si bien pertenecen al yo, son totalmente inconscientes y están separadas de él. El efecto terapéutico pasa por hacer consciente lo reprimido, cuando el yo deja de aferrarse a las resistencias. Sin embargo, en este camino el paciente deja de lado la obediencia a la regla fundamental, y tampoco permite que afloren los retoños de lo reprimido. Las resistencias no son solo frente al ello, lo son también frente al tratamiento y a la cura en su conjunto. El efecto terapéutico de un

análisis dependerá de la intensidad del aferramiento a la <<alteración del yo>>, que depende del factor cuantitativo.

Capítulo VI

Se plantea como interrogante si todas las alteraciones del yo son adquiridas como consecuencia de las luchas defensivas iniciales. Y, en la oposición entre adquiridas o heredadas, se posiciona en lo que llama la <<herencia arcaica>>: características del yo que estuvieran ya establecidas por antepasados, aunque el yo pudiera no estar presente todavía, atendiendo a particularidades de familias, razas o naciones.

También supone una característica heredada de cierta viscosidad libidinal, existente en ciertas personas. No pueden desplazar investiduras libidinales de un objeto a otro. Si bien existen ejemplos opuestos: personas cuya libido tiene una especial movilidad, que entran rápidamente en nuevas investiduras resignando las anteriores. Se ven también en los análisis, personas con una cierta <<inercia psíquica>>; a las que llamó <<resistencias del ello>>, considerando en ellas una cierta entropía psíquica.

Por último, Freud también tipifica un nuevo tipo de resistencias, a las que llamó <<resistencias del superyo>>. Piensa que contribuyen en la conformación del sentimiento de culpa de los neuróticos, del masoquismo inmanente y de la reacción terapéutica negativa. Por esa razón no se puede sostener, ya que la vida anímica se maneja solamente por el principio de placer. El otro tipo de pulsiones, que forman parte de lo anímico, sería <<la pulsión de agresión>> o <<pulsión de muerte>>, mas originaria y propia de la materia animada.

Toma como referencia al filósofo Empédocles de Akragas, nacido hacia 495 a.C., quien consideraba que la existencia era efecto de la mezcla de cuatro elementos fundamentales: agua, tierra, fuego y aire. Y en el mundo, como así también en el alma, habría dos

fuerzas naturales con carácter pulsional: amor y *discordia*. El primero tendería a aglomerar y juntar los elementos en unidades mayores. De modo contrario, el segundo, a separarlos en sus partículas primordiales. Estos dos principios de Empédocles se corresponden con las dos pulsiones primordiales del psicoanálisis: Eros y destrucción. Ambas aparecen en diversas mezclas y desmezclas entre sí. Al principio de la discordia le ha dado infraestructura biológica, considerando a la pulsión de destrucción como pulsión de muerte. Sería el esfuerzo de lo vivo por regresar a lo inerte.

Capítulo VII

Toma como ejemplo una conferencia pronunciada por S. Ferenczi, en 1927, que llevaba por título “El problema de la terminación de los análisis”. Valora que en ese artículo Ferenczi remarcaba que la meta del análisis no era la duración, sino la profundización. Y que el analista aprendió de sus propios “yerros y errores”.

No deja de considerar que el trabajo analítico puede ser interferido por las características de la personalidad del analista. Y de ese modo pudiera no tomar correctamente las características de los pacientes. Más aún porque el vínculo analítico se basa en “el amor por la verdad, (...) excluyendo toda ilusión y engaño”. Por lo cual analizar, pasaría a ser la tercera de las profesiones imposibles, como las de educar y gobernar.

Se plantea dónde conseguiría un profesional la aptitud necesaria para ser psicoanalista. La respuesta es: “en el propio análisis”. Así un candidato puede tener la plena convicción de la existencia del inconsciente, el reconocimiento de la emergencia de las resistencias frente a lo reprimido, y el convencimiento sobre la técnica a implementar. Los efectos de haber pasado por el análisis propio no terminan cuando haya cesado. Continúa la recomposición del yo en forma espontánea, agregándose a la experiencia realizada. De esa

manera le otorga al profesional la aptitud para ser analista. Para reasegurar las características adecuadas del analista en su función, convendría que se vuelva a analizar, por períodos, cada cinco años. Por tal razón, no solo el análisis de los pacientes sino también el de los analistas se convertirían en una tarea “interminable” (infinita). Un análisis terminaría su tarea cuando pueda crear las condiciones más favorables para las funciones del yo.

Capítulo VIII

Dos temas son característicos en los análisis, tanto de hombres como de mujeres. Para la mujer: <<la envidia del pene>>, querer alcanzar la posesión de un pene masculino. Y para el hombre la <<revuelta contra su actitud pasiva o femenina>> hacia otro hombre. Ambos temas se mencionaron desde el comienzo en la literatura psicoanalítica, como una conducta frente al complejo de castración. Luego Alfred Adler lo denominó <<protesta masculina>>, aunque hubiera sido mejor denominarla <<desautorización de la feminidad>>.

En el varón, la aspiración hacia lo masculino es plenamente acorde al yo. La actitud pasiva, en tanto supone la castración, es enérgicamente reprimida. En la mujer, en la fase fálica, la aspiración masculina es acorde con el yo, antes del desarrollo de la feminidad. Después sucumbe a la represión, y juega un papel en el destino de lo femenino. La aspiración de un pene, en el desarrollo femenino normal, deviene luego en el deseo de hijo y de un varón (portador del pene). Como se ve, lo que sucumbe a la represión son las características del sexo contrario. Tal como se puede ver en los análisis, luego de atravesar todos los estratos psicológicos, el deseo del pene y la protesta masculina parecieran constituir la <<roca de base>>; lo que le pone un término a la actividad analítica. Quizás debiera ser así porque, para lo psicológico, lo biológico constituye el <<basamento rocoso subyacente>>.

Construcciones en el análisis (1937)

1- El propósito del trabajo analítico es, para Freud, mover al paciente a que vuelva a cancelar las represiones que se establecieron en la temprana infancia y las sustituya por otras que correspondan a su madurez psíquica actual. El paciente tendría que volver a recordar vivencias, con los afectos que ellas promueven. Los síntomas e inhibiciones son sustitutos de lo que fue olvidado.

¿Qué clase de material nos ofrece el paciente?: a) trazos de esos recuerdos, que aparecen en los sueños, b) ocurrencias, efecto de la “asociación libre” que permiten conjeturar sobre lo reprimido, c) retoños de los afectos sofocados, con las reacciones que se producen por ello, d) indicios de las repeticiones de lo reprimido, que surgen en la intimidad del paciente, tanto en el análisis como en su vida diaria. La transferencia con el analista es el medio más adecuado para que retornen tales vínculos afectivos; materia prima con la que tenemos que hacer nuestra tarea.

¿Cómo realizarla? En la transferencia emergen con total nitidez partes del pasado olvidado, ya que el paciente debe ser movido a recordar lo vivenciado y reprimido. El analista tendrá que inferir lo olvidado desde los indicios que nos ofrece el paciente; tiene que *construirlo*. Es una tarea similar a la de un arqueólogo, pero tiene a favor que se trata de algo “vivo”. Lo hace sacando conclusiones de trozos de recuerdos, de ciertas asociaciones y de expresiones activas del paciente. Pero muy en especial de las reacciones de la temprana infancia, que se muestran en la transferencia como repeticiones de lo reprimido. Lo esencial de tal período de la vida del paciente se ha conservado; está soterrado e inaccesible a su evocación. La diferencia fundamental con la arqueología reside en que la reconstrucción en el psicoanálisis no es la meta final, sino una tarea preliminar.

2 -En general, el analista construye una pieza y la coloca frente al paciente para ejerza cierto efecto sobre él. Luego agrega otra y procede del mismo modo. Aunque, en general, si bien el trabajo del analista eran las “interpretaciones”, estaban referidas al trabajo con

respecto a un sector singular del material: a una ocurrencia o una operación fallida. En cambio, con una construcción el analista le ofrece al paciente un sector de la prehistoria olvidada.

¿Qué garantía tenemos que la construcción que le ofrecemos es correcta? La experiencia muestra que una construcción incorrecta, como verdad histórica, no presenta ningún daño para el paciente. Se muestra como si no lo hubiera tocado.

De todos modos, el <<sí>> de un paciente no debe ser tomado literalmente. Se corrobora de modo indirecto, cuando aparecen nuevos recuerdos que complementan la construcción. Así también ocurre con el <<no>>, porque en ciertos casos están motivados por la resistencia. En otros, el <<no>> implica que la construcción ha sido incompleta y hace referencia a que hay un fragmento que aún no fue puesto en evidencia; que aún “no se le dijo todo”.

Lo importante es que existen variantes indirectas de corroboración. Si un paciente dice: “Nunca lo había pensado”, o “nunca se me había pasado por la cabeza”, el analista debe inferir que ha acertado.

Existen también afirmaciones positivas. Por ejemplo, si el paciente responde asociativamente con algo semejante o análogo a lo construido.

Es sumamente llamativa la situación clínica con pacientes que están bajo una intensa reacción terapéutica negativa (conciencia de culpa, necesidad masoquista de castigo o rechazo a la ayuda terapéutica). Una construcción errónea no hace en él ningún efecto. Pero si el analista acierta, el paciente responde con un empeoramiento de sus síntomas y del estado general.

Importa tomar en cuenta que la construcción es una conjetura, que necesita ser confirmada o desestimada en el curso del tratamiento.

3 -El camino que comienza con una construcción del analista debería finalizar en el recuerdo del analizado. Como esto no siempre es posible, en ocasiones alcanza con la convicción de verdad, que desde el punto de vista terapéutico tiene el mismo valor que un recuerdo.

En ciertas ocasiones, luego de ofrecerle una construcción al paciente, aparecían recuerdos <<hipernítidos>> de personas o lugares que no estaban vinculados al núcleo de la situación. Ocurría lo mismo con ciertos sueños, en los que algunas partes tenían más luminosidad que otras. Parecía que la construcción había querido hacer surgir a la conciencia lo reprimido, merced a la <<pulsión emergente>> (*auftrieb*), y una resistencia lo había impedido parcialmente. Lo hacía surgir, por desplazamiento, a objetos y situaciones vecinas. Si a estos recuerdos de tanta nitidez se le sumara la creencia en la realidad, podrían considerarse alucinaciones. Debiéramos considerar quizás ahora que en todas las alucinaciones pudieran retornar vivencias tempranas y olvidadas, cuando el niño no tenía aún lenguaje verbal.

Quizás en los cuadros psicóticos delirantes, las alucinaciones no estén tan desligadas de la pulsión emergente de lo inconsciente o del retorno de lo reprimido. Visto así, no solo habría un cierto método en la locura, sino que el delirio también contendría un fragmento de realidad histórico vivencial. Reconocer este núcleo de verdad, no solo le daría sentido al intenso crédito que el paciente tiene de su delirio, sino que sería también un piso en común sobre el cual podría desarrollarse el trabajo terapéutico.

Así como nuestra construcción produce un efecto al restituir un fragmento de la biografía del pasado (*Lebengeschichte*, <<historia objetiva de vida>>), así también el delirio debe su convicción a la parte de verdad histórico vivencial que ubica en el lugar de la realidad rechazada. Es en este sentido que en general el enfermo, no solo en la histeria, “padece por sus reminiscencias”.

Esquema del psicoanálisis (1940 [1938])

Cap. VI. La técnica psicoanalítica

El sueño es una psicosis, con todas sus características. De duración breve y con una función útil. Tiene el consentimiento de la persona que lo sueña quien, a su vez, lo interrumpe a su voluntad. Por lo cual, no es improbable que aun las enfermedades más temidas puedan también ser abordadas por la influencia analítica.

Por otra parte, sabemos que el yo obedece a tres vasallajes: la realidad objetiva, el ello y el superyó; a pesar de lo cual mantiene su organización. Si bien un debilitamiento del yo, parcial o total, le impide realizar sus tareas.

Las exigencias más importantes provienen de lo pulsional, frente a lo cual el yo debe apelar a una gran cantidad de contrainvestiduras. También las del superyó pueden ser tan altas que lo terminen paralizando. Hay veces en que ambas exigencias, del ello y del superyó se combinan, de modo que el yo puede perturbar o cancelar su relación con la realidad objetiva. Es así como ocurre en el sueño, cuando el yo se deshace del mundo exterior y “cae” en la psicosis bajo el influjo del mundo interior. Es allí donde nosotros debemos aliarnos con él, en su ayuda. El analista y el yo debilitado del enfermo realizan un pacto, contra las exigencias del ello y de la conciencia moral del superyó. El contrato que establecemos con el paciente incluye que él se compromete, con total sinceridad, a que tengamos acceso ilimitado al material de su autopercepción. Nosotros nos comprometemos a poner nuestra experiencia en la interpretación de lo determinado por su inconsciente. De esa manera su yo volvería a tener dominio sobre sectores que había dejado de gobernar; porque es necesario que el enfermo tenga una relación coherente con la realidad exterior; situación que no es de esperar en los cuadros de psicosis. Por tal razón, la tarea analítica no es posible con pacientes psicóticos. Está

la otra gama de pacientes, los neuróticos graves, sobre quienes la tarea analítica es posible porque se ha mantenido cierto contacto con las exigencias de la realidad. En ellos podemos centrar nuestro interés, y ver los posibles caminos para “curarlos”.

A ellos los comprometemos a observar la *regla fundamental del análisis* en su conducta con nosotros. Eso implica que nos pueda decir todo cuanto acuda a su mente, aunque sea *desagradable* decirlo, le parezca *sin importancia o sin sentido*. De ese modo, al dejar de lado la *autocrítica*, nos permite tener acceso a *ocurrencias, pensamientos y recuerdos*, que están como *retoños* bajo el influjo de su inconsciente. Por eso, cuando le comunicamos nuestras conjeturas, se amplía el saber que el propio paciente tiene de sí mismo.

El papel de su yo en los tratamientos no es pasivo. El paciente tiene con el analista una relación de confianza y seguridad, pero lo más llamativo es que también ve en él la reencarnación de alguien importante de su vida pasada. Y transfiere sobre el analista los sentimientos que se referían a aquel arquetipo. La transferencia es así una herramienta de enorme ayuda terapéutica, si bien encierra también serios peligros porque es *ambivalente*. Incluye sentimientos tiernos y también hostiles hacia el analista, quien ocupa el lugar de uno de los padres de los pacientes. Mientras es positiva, le presta al tratamiento una gran ayuda. Si bien, cuando se transforma en negativa, intenta agradar al analista y en ciertos casos espera obtener muestras de su amor.

Dado que el poder del superyó proviene de la autoridad de los padres de la infancia, ahora encarnado por el analista, el tratamiento tiene la oportunidad de ejercer una cierta post-educación del neurótico. Por cierto, no nos está permitido abusar de este posible influjo, transformando al paciente en nuestra imagen y semejanza. Sería volver a repetir la sofocación de la independencia que padeció de niño. Nuestra tarea será respetar la individualidad y la libertad del paciente. Una gran ventaja que tiene la transferencia, en los

tratamientos analíticos, es que el paciente repite con nosotros un fragmento de su biografía. Actúa (*agieren*) ante nosotros en lugar de informarnos.

Quienes no creen en la terapia analítica sospechan que la mejoría de los pacientes, como efecto de la transferencia, termina siendo de naturaleza *sugestiva*. Sin embargo, sabemos que los sentimientos de amor y odio, que aparecen en los tratamientos, son producto de la reiteración de vivencias con sus progenitores. La tarea del analista será mostrarle al paciente que son afectos de un pasado remoto que se revive. Para eso, no debe dejar que el amor o el odio adquieran una intensidad extrema. Una vez que el paciente logra recuperarse emocionalmente de lo ocurrido, pasa a ser una experiencia que tendrá para él una gran fuerza de convicción.

No es aconsejable que el paciente actúe (*agieren*) fuera del tratamiento. Por lo contrario, es conveniente que sus reacciones “anormales” las realice dentro de la transferencia. El mejor resultado que un paciente puede obtener de un tratamiento es el fortalecimiento de su yo. Y el camino para conseguirlo es promoviendo el aumento del conocimiento de sí mismo. Por lo tanto, la primera parte de la ayuda que podemos darle al paciente es un trabajo intelectual, y nuestra función es incitarlo a que colabore con ella.

El material sobre el que trabajamos incluye sus comunicaciones, las asociaciones libres, sus sueños, los actos fallidos y las transferencias. El momento de darlo a conocer debe ser muy cuidadosamente elegido, para que no oponga resistencias. La oportunidad para hacerlo, de modo que sea para él constructivo, puede ser cuando al paciente le falte muy poco para acceder por él mismo. En ese caso, nuestro saber se ha constituido en su mismo saber. El yo, puesto a contactar con lo reprimido, alza las contrainvestiduras, que aparecen clínicamente como *resistencias de represión*. En estos momentos, el yo que es habitualmente nuestro aliado se opone a la tarea. Y quien se transforma en nuestra ayuda

es el inconsciente, la pulsión *emergente* (*Austrieb*). Siempre que consigamos que no vuelva a desestimar (*verwerfen*) la exigencia pulsional.

Las alternativas que se oponen a nuestra labor terapéutica son 1) el sentimiento de culpa (ligado a la relación con el superyó) y 2) la necesidad de estar enfermo, y 3) una cierta inercia de la libido que no quiere abandonar sus fijaciones.

Notas al pie

[1] Salmo (del latín: tocar las cuerdas de un instrumento musical). Composición o cántico que conviene alabanzas a Dios.

~SEGUNDA PARTE~

**LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN
DEBATE**

La eficacia psicoanalítica

Tal como lo acabo de anticipar, en esta segunda parte del libro me interesa abrir un debate sobre la eficacia clínica del psicoanálisis.

Para ello, me pareció oportuno ofrecerle al lector una serie de escritos que aportan hacia ese objetivo.

El primero, “Estudio sobre el concepto de *agieren*” (Krakov, 2010), tiene continuidad con las supervisiones del capítulo anterior, ya que un sector de la producción de André Green estuvo en el centro de mi investigación.

No tengo dudas que el concepto de *agieren* forma parte del basamento de la teoría de la técnica freudiana. Por esa razón, quise realizar una exploración conceptual recurriendo a los escritos en alemán en los que Freud lo menciona. Mi idea era hacer una correlación con la Standart Edition, en inglés, y la colección de Amorrortu Editores, en español.

Finalizada la compulsa bibliográfica me encontré, insólitamente, con que pudo haber ocurrido un deslizamiento de sentido del término.

La colección de la Standart Edition lo tradujo sistemáticamente como *act out*; en dirección del *acting out*, perdiendo de ese modo el carácter de pantomima escénica, tal como fuera la propuesta original freudiana.

Me he planteado por qué pudo haber ocurrido tal deslizamiento. Tengo como hipótesis que pudo haber sucedido porque en idioma inglés *to act* tiene, por lo menos, dos significados. Se menciona así una escenificación teatral y también un acto motor.

Si mi conclusión fuera correcta, y creo que lo es, las consecuencias para el psicoanálisis serían de un volumen enorme. En principio, porque la lectura de la obra de Freud en inglés ha sido referencia para la formación de los psicoanalistas de Europa y Estados Unidos. Y, no es un dato menor, que André Green, el autor más citado en la bibliografía por los analistas de la IPA después de Freud, lo utiliza también como acto sin representación en sus escritos.

Estudio Sobre El Concepto De Agieren [1]

I- Una breve introducción

Este *Estudio* intenta ofrecer la exploración conceptual de un término que, a mi criterio, es parte del fundamento de la Obra freudiana, con implicancias significativas para la teoría y clínica psicoanalítica.

Dos aclaraciones previas a la lectura.

-Aún a riesgo de que pueda resultar tedioso para el lector, decidí reproducir párrafos textuales con cierta extensión por considerar que las ideas de un autor adquieren pleno sentido en el contexto en el que están mencionadas.

-Así también, me pareció prudente que las referencias en inglés consten en idioma original porque quise respetar al máximo la literalidad del aporte en cada caso.

Finalmente, la elaboración de este *Estudio* pretende albergar la polémica vigente acerca de cómo considerar la aparición del inconsciente en la clínica psicoanalítica.

II- Efecto de una interlocución imaginaria con André Green

Reconozco que un estímulo central para realizar este *Estudio* fue el impacto que tuve al leer el capítulo 5 del libro “Organizaciones fronterizas, fronteras del psicoanálisis”, (Lerner, H y Sternbach, S. 2007), cuyo autor es el Dr. André Green.

Su título, *¿De qué se trata?*, corresponde a la transcripción de una conferencia ofrecida en Milán, luego del 42° Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, realizado en Niza en el año 2001.

Sobre el interrogante con el que iniciaba su trabajo, decía Green lo siguiente:

“Es, supongo, una pregunta extraña para servir de título a nuestro encuentro, como si volviéramos a hallarnos en 1900, hace un siglo, para presentar el reciente descubrimiento de un erudito vienés, Sigmund Freud.” (Lerner y Sternbach, 2007:115).

Aclaraba, más adelante, que su planteo era consecuencia de ver el pensamiento psicoanalítico en un estado de perplejidad, razón por la cual se planteaba cómo salir de tal situación.

Luego de hacer en la parte central de su ponencia una medulosa exposición sobre los fundamentos del psicoanálisis, fueron las frases finales las que ocasionaron en mí el mayor impacto:

Hemos logrado llegar a la luna, a descifrar el código genético, a descubrir un rincón del misterio en lo que concierne a lo infinitamente grande y a lo infinitamente pequeño. Y, sin embargo, seguimos siendo para nosotros mismos misteriosos desconocidos, eso ante lo cual nos ubica la experiencia psicoanalítica todo a lo largo del tiempo. **Y mientras reflexionamos, ya sea en nuestro sillón escuchando a los pacientes o ante nuestra mesa de trabajo para preparar una conferencia, no dejamos de preguntarnos: “¿De qué se trata?”.** (Lerner y Sternbach, 2007:135) [2]

Me pregunté, una y otra vez, por qué un analista de la dimensión del André Green terminaba su ponencia con la misma interrogación con que la había comenzado.

¿No eran entonces suficientes, para dar cuenta del interrogante planteado, tanto sus propios desarrollos teóricos o los que citara de otros autores psicoanalíticos?

¿*De qué se trata?*, frase inquietante formulada por Green, en el comienzo y final de su ponencia, tuvo en mi el efecto de una convocatoria que culminó en la realización de este *Estudio*.

III- Freud y Green parecen no acordar sobre el concepto de *agieren*

Interesado en su producción, he contactado con trabajos de André Green publicados en revistas psicoanalíticas en los últimos quince años; y con artículos editados en libros de más larga data.

No me cabe duda de que comparto con él un apasionado entusiasmo por los textos freudianos:

Sabemos que actualmente es frecuente oír decir que la metapsicología freudiana solo sirve para tirar al canasto, y que solo su clínica es válida. Me sucede sin embargo que releendo por trigésima vez algún trabajo de Freud tengo la impresión de aprender todavía algo, mientras que diez años después de publicados, artículos de nuestras mejores revistas psicoanalíticas se vuelven ilegibles y pasadas de moda. (Green, 1993:713)

En ese mismo artículo, en el que comenta la presentación de Theodore Jacobs publicada en el *International Journal of Psychoanalysis* de 1991: "Fifteen Clinical Accounts of Psychoanalysis" (72, Parte 2) hace una afirmación que me interesa mencionar textualmente:

La manera en que mi paciente influye en mi psiquismo es del orden de las representaciones de todo orden que induce en mí. La manera en que mis interpretaciones lo afectan reside en las representaciones que éstas engendran en él. **El acto no tiene lugar en la sesión analítica, ni del lado del analizando, ni del lado del analista.** Por lo tanto, los modelos fundados sobre la referencia a la acción (“inter-acción”, “trans-acción”) representan menos un progreso que una peligrosa desviación. (Green, 1993:714) [3]

La temática del acto, por lo que pude ubicar en su bibliografía, ya era del interés de Green con antelación. En la ponencia “Pensar la epistemología de la práctica”, expuesta en el Congreso de Psicoanálisis de Lengua Francesa de los Países de Lenguas Romances, del año 1990, decía al finalizar:

“Esta es la única demanda del analista frente a los pacientes: <<Diga todo lo que se le pase por la cabeza sin retener nada y sin tratar de controlarlo>> **Pero contétese con decirlo, sin actuarlo.** Se la llama apropiadamente: regla fundamental”. (Green, 1996:378-379) [4]

A esta altura de mi exploración, estaba suficientemente convencido que el punto sobre el que pivoteaban las propuestas y comentarios de André Green se vinculaban al concepto de *agir en*.

Si bien donde Green va a expresar con total claridad su concepción del término va a ser en la entrevista que Fernando Uribarri le realizara sobre la temática “La representación y lo irrepresentable” (Revista de Psicoanálisis; Nro. 6, 1998-1999):

De lo que se trata en este momento es de un nuevo modelo definido por la problemática “Pulsión/descarga o elaboración representativa”. La representación es solo un resultado posible, cuyas posibilidades nada asegura. **Es**

que este modelo procura dar cuenta del fracaso de la palabra, de la representación, de la interpretación frente a la pulsión repetitiva mortífera, al *<agieren>* (acto)”. Lo irrepresentable constituye una referencia esencial de este modelo, en el que el acto (*agieren*) ocupa el lugar del paradigma que el sueño tenía en el modelo anterior. (...) Por eso Freud va a empezar a pensar la neurosis con relación a la psicosis: ya no se trata simplemente de represión sino de la destrucción del pensamiento. [5]

Llegado a este punto del *Estudio* creí vislumbrar que Freud y Green no acordaban sobre el concepto de *agieren*.

Esta impresión fue tomando cuerpo con más intensidad a partir de la lectura de dos párrafos de una sus presentaciones recientes.

Se trata de la Special lecture for the Berlin IPA Congress: “Repetition compulsión and the pleasure principle” (Green, 2007).

El primero de ellos figura al comienzo de su exposición:

One of the aspects of this mutant paper is that it forces Freud to give up his excessive confidence in remembering. We understand today that complete remembering is in fact impossible. **No patient can truly remember all the incidences and consequences of an event.** [6]

Recordar todos los incidentes y consecuencias de un evento, como el comentario que Green menciona, no coincide, a mi entender, con la idea que Freud pudo haber querido postular y trasmitirnos.

Voy a transcribir dos párrafos a este respecto en particular:

a) “A esto se suma esa universal borradura de las impresiones, ese empaldecimiento de los recuerdos que llamamos <<olvido>>, y

que desgasta sobre todo a las representaciones ya ineficaces afectivamente” (Freud, 1893:35).

b) “Parece como si la dificultad para la tramitación, la imposibilidad de mudar una impresión actual en un recuerdo depotenciado, dependiera justamente del carácter de lo inconsciente psíquico.” (Freud, 1896:216).

Los recuerdos conscientes se “depotencian”, lo cual quiere decir que pierden efectividad y se desgastan con el tiempo.

Son en cambio los recuerdos reprimidos los que mantienen eficacia psíquica, de allí la noción de atemporalidad del inconsciente.

Exteriorizan su efecto en una ocasión actual en estado inconsciente, porque nunca fueron literalmente olvidados.

Sin embargo, es el segundo párrafo del trabajo de Green el que me parece de mayor significación comentar:

The patient, who has been informed about the fundamental rule, in spite of eventful history and a long story of illness pretends that he has nothing to say: He is silent and declares that nothing occurs to him. I do not believe as Freud does that this can be taken as a mere repetition of a homosexual attitude towards the analyst, which is used as a resistance. I am struck by the fact that what Freud describes here has also been found by the Paris Psychosomatic School with psychosomatic patients who suffer from limitations in their mental functioning. It seems that we are facing the same situation: a temporary defect of psychic functioning. [7]

Efectivamente, Freud en ese artículo comenta las distintas configuraciones clínicas bajo las cuales aparecen ciertos episodios

significativos que los pacientes no recuerdan, y que en su lugar reproducen con el médico:

-Los pacientes no recuerdan haber sido incrédulos o desafiantes frente a la autoridad de los padres, pero se comportan de ese modo frente al analista.

-No recuerdan haber quedado desconcertados frente a la investigación sexual infantil, pero traen sueños confusos.

-No recuerdan haber sentido vergüenza por cierta exploración sexual de la infancia y en su lugar se avergüenzan de haber iniciado el tratamiento, y prefieren mantener oculto que lo están realizando.

A partir de lo cual el texto dice lo siguiente:

En especial, él empieza la cura con una repetición así. A menudo, tras comunicar a cierto paciente de variada biografía y prolongado historial clínico la regla fundamental del psicoanálisis, y exhortarlo luego a decir todo cuanto se le ocurra, uno espera que sus comunicaciones afluayan en torrente, pero experimenta, al principio, que no sabe decir palabra. Calla, y afirma que no se le ocurre nada. **Esta no es, desde luego, sino la repetición de una actitud homosexual que se esfuerza hacia el primer plano como resistencia a todo recordar. Y durante el lapso que permanezca en tratamiento no se liberará de esta compulsión de repetición; uno comprende, al fin, que esta es su manera de recordar.**" (Freud, 1914:152.) [8]

Green, por lo visto, descrea que ese tipo de repetición deba entenderse, tal como Freud propone, como una mera actitud homosexual hacia el analista al servicio de una resistencia. La ubica, en cambio, como una falla en el pensamiento; de allí la relación que establece con los hallazgos de la Escuela Psicosomática de París: un defecto temporario del funcionamiento psíquico; un blanco en la mente.

Vale la pena plantearnos por qué la escena configurada es considerada por Freud una **repeticón en acto** por parte del paciente, por lo tanto “su manera de recordar”.

Mi modo de entender su pensamiento, y por lo tanto la noción de *agieren*, es el siguiente:

La escena en cuestión se configura cuando el analista le informa al paciente la regla fundamental, que aquel parece escuchar como: “ábrase y entréguelo todo”. El paciente se “cierra” al responder con una defensa anal frente al sentido inconsciente de entrega homosexual al padre edípico; consecuentemente “no se le ocurre nada”.

De hecho, si el analista abordara el silencio haciéndole preguntas, estimulado por el “cierre” mental, lo “penetraría” activamente con cada una de ellas.

De ese modo quedaría realizada la escena homosexual, temida y quizás inconscientemente deseada por el paciente.

Sustento la explicación recién expuesta por considerar que el marco teórico desde el cual Freud hace la afirmación puntualizada corresponde a la vertiente negativa del complejo de Edipo del varón del ejemplo; complejo que tenía para él carácter universal.

Ese es, a mi criterio, el núcleo conceptual que Freud intenta trasmitirnos con la noción de *agieren*, término que en idioma español hemos consensuado como **puesta en acto** del inconsciente.

Quedaría abierta así una polémica, aún no totalmente saldada, sobre el sentido y valor del *agieren* para la teoría y clínica psicoanalítica.

Por un lado, lo actuado serían recuerdos representados. No recordados, ni espontáneamente recordables por el paciente, por

estar en estado inconsciente. Se caracterizarían por **ponerse en acto**, particularmente en relación con el analista.

El *agieren* en sesión puede considerarse así un efecto del dispositivo analítico.

Por el otro, remite a lo irrepresentable. Patrimonio de la pulsión de muerte, daría cuenta del fracaso de la representación y la palabra.

Correspondería entonces considerar el *agieren* un indicio del funcionamiento psíquico con defecto porque “ya no se trata simplemente de represión sino de la destrucción del pensamiento”. (Green, op.cit)

IV- Estudio sobre el concepto de *agieren* [9]

Fui profesor de técnica psicoanalítica freudiana durante muchos años y había transmitido la noción de *agieren* tal como lo enuncié en párrafos anteriores. Ello condicionaba que me resultara distante, y hasta cierto punto contradictorio, considerarlo un acto motor subsidiario de lo irrepresentado.

Frente a esta doble versión acerca del término, decidí ubicar los textos en los que Freud utiliza el término *agieren* en idioma original, con el sentido de cotejarlos luego con la traducción de la Standart Edition (SE) y la colección de Amorrortu Editores (AE).

Me guiaba un cierto malestar intuitivo que, en calidad de estímulo, me ayudó a iniciar la búsqueda bibliográfica.

Así pude contactar con el término *agieren*, que consta en la página 13 de la Gesamtregister [10] correspondiente al tomo XVIII de la Gesammelte Werke [11] cuyas referencias son las siguientes:

Agieren: (s.a. Affektausdruck; Mimik, Pantomimik) = Actuar: (ver también Expresión afectiva, Mímica, Pantomima)

statt Erinnern (s.a. Wiederholungszwang), V 283; X 129; XVII 101, 103 = en lugar de Recordar (ver también Compulsión a la Repetición)

Kampf in der Analyse (.i.d. Übertragung), gegen d., VIII 374; XIII 19f., XIV 258 = Lucha en el Análisis (.i.d. Transferencia), contra la.

in der Mordtat an Moses, XVI 195 = en el Asesinato a Moisés

[Nota Final 2] [\[12\]](#)

V- Algunas conclusiones, luego de la compulsión bibliográfica

a- Freud ubica la *pantomima*, implícita en el *agieren*, como un modo primitivo de representación teatral ligada a la *mímica de la representación*. A su vez considera esta última como un modo de *expresión del contenido de representación* a los fines de la comunicación, que se agrega al efecto que los procesos anímicos tienen secundariamente sobre lo corporal.

b- El contenido de lo que se repite compulsivamente serían recuerdos que no pueden ser recordados por estar en estado inconsciente. Es por ello que conservan su eficacia, habilitándose así la noción de atemporalidad del inconsciente.

c- Habría una relación solidaria entre el trabajo analítico sobre la represión y la emergencia de la compulsión repetitiva, concebida como *puesta en acto del inconsciente*.

d- Lo que se pondrá en acto (*agieren*) **ante y con** nosotros va a implicar la exteriorización forzosa de lo reprimido (“la manifestación del poder de lo reprimido”, en la versión de la SE).

La compulsión de repetición es parte esencial del proceso analítico ¡¡y trabajamos para confrontarnos con ella!!

VI- Dos hipótesis acerca del por qué existe más de una versión sobre el concepto de *agieren*

Hipótesis 1: ¿Se tratará de un deslizamiento de sentido, consecuencia de la traducción de la Obra freudiana al inglés?

Es indudable que el modo de entender el *agieren* por parte de André Green se corresponde con una postulación de base en psicoanálisis.

Desde el *Proyecto de psicología* (Freud, 1950 [1895]) en adelante, lo psíquico aparece en el pensamiento de Freud intermediando entre la recepción de un estímulo, externo o interno, y la descarga motora.

No es de extrañar entonces que Green ligue el *agieren* con el “psiquismo primitivo” (Green, 1998-1999, op. cit); de allí el “blanco mental” o “la destrucción del pensamiento”.

A su vez, la producción teórica y psicopatológica que tiene como centro el *acting out* se sustenta también en esta postulación.

Ahora bien, quiero remarcar que el actuar (*agieren*), por las correlaciones realizadas entre las colecciones de Amorrortu Editores y de la Standart Edition, se menciona sistemáticamente en inglés como *act out* (otras veces inclusive *acted out* o *acting out*).

No es improbable que se haya producido un deslizamiento conceptual, habida cuenta de que la significación de **act out** en inglés, como representación escénica (pantomima), pudo haber sido sustituida por la de **acting out**, acto motor impulsivo.

Orientado por esta suposición consulté dos diccionarios:

a) The Oxford Sapanish Dictionary:

● **act out.** Representar. She ≈ ed out what she had seen. Nos hizo una demostración de lo que había visto. The drama was ≈ ed before our eyes. La tragedia ocurrió or se desarrolló ante nuestros propios ojos.

b) The Free Dictionary, by Farlex. (Diccionario on line):

● **To act out**

1. a. To perform in or as if in a play; represent dramatically: *act out a story.*

b. To realize in action: *wanted to act out his theory.*

2. To express (unconscious impulses, for example) in an overt manner without conscious understanding or regard for social appropriateness.

En el primero de ellos, y en el punto 1 del segundo Diccionario, **act out** implica representar dramáticamente, o realizar una historia en acción.

Según el punto 2 del Diccionario on line, act out supone la expresión de un impulso inconsciente, de un modo sobre actuado, sin entendimiento consciente ni cuidado de la pertinencia social de tal accionar.

Como parece desprenderse entonces, en relación con la polémica conceptual que mencioné previamente, quedarían abarcados en el *act out* los dos sentidos.

Sin embargo, es mi impresión que la propuesta que nos hiciera Freud a través del *agieren* tendía a remarcar el primero de los sentidos: **el paciente representa dramáticamente en sesión con el analista una escena inconsciente; ese es su modo de recordar.**

Hipótesis 2: ¿Habremos hecho un repudio del sujeto existente en los hallazgos iniciales?

Los hallazgos etiopatogénicos primeros, que deslumbraron a Freud y que luego intentara resolver a través de la técnica analítica, se remontan a lo que les ocurría a los pacientes tratados por medio de la hipnosis. En trance hipnótico, llevados por el hipnotizador a recordar el momento en que se había producido la situación traumática, los pacientes reaccionaban emocionalmente de modo ampuloso expresando lo que no habían podido hacer en aquella oportunidad.

Los pacientes hacían una descarga catártica, como si estuvieran en la escena original, a partir de lo cual transitoriamente se conseguía la resolución sintomática.

Si bien Freud explicó la producción sintomática desde la perspectiva económica (afecto retenido, que no se pudo abreaccionar en el momento pertinente) era también cierto que se trataba de la emergencia de un sujeto que se había mantenido, *spaltung* mediante, en estado inconsciente: humillado, con deseos de venganza, erotizado, celoso, etc.

VII- El *agieren*, como puesta en acto del inconsciente, ¿retorna a través del enactment?

Al leer publicaciones de los dos últimos Congresos de IPA, evocaba la frase de André Green: “es probable que estemos nuevamente en el 1900, considerando el reciente descubrimiento de un erudito vienés, Sigmund Freud”. (Green, op.cit)

La Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, número 50 del 2007, estuvo dedicada al *Agieren*; e incluyó los trabajos pre-publicados del 45º Congreso de la IPA en torno al texto freudiano, *Recordar, Repetir y Reelaborar*.

En su ponencia, Gabriel Sapisochin se dedica a la indagación “de la puesta en acto (*Agieren*) del posicionamiento contra-transferencial inconsciente” en el analista.

Sería punto de partida de un trabajo de elaboración a posteriori (*Nachträglich*) que permite al analista recuperar una posición tercera desde donde describir, con un pensamiento verbal, “las diferentes posiciones identificatorias de la pareja en el escenario analítico”. (Sapisochin, 2007)

Más adelante, coincidente con mi exploración, menciona:

Creo que la opción de traducir el *Agieren* freudiano por puesta en acto en lugar de *acting-out* tiene ciertas ventajas. Por un lado, para despojarlo de la sobresaturación de significado patologizante que ha adquirido en la literatura psicoanalítica al hacerse un uso extensivo del término *acting-out* para describir conductas de tipo psicopático impulsivo fuera del setting analítico, tendientes a la evacuación más que a la elaboración (Grinberg, 1968, Laplanche et al., 1971, Boesky, 1982, McLaughlin, 1992, Paz, 1996). Por otro lado, porque *Agieren* no alude a la actuación motora, ni dentro ni fuera de la sesión analítica, sino a un movimiento del psiquismo tendiente a representar, no por la palabra sino por lo que denomino una *representación escénica* coproducida por la pareja analítica”. (Sapisochin, 2007)

También Carlos Alberto Paz, en “Del *Agieren* al Enactment, un siglo de cambios y avances” en la misma Revista, se refiere a la temática:

Aunque existen autores que sostienen que el «*Agieren*» se produce por una génesis estructural específica, entre ellos citaremos a O. Fenichel, Ph. Greenacre, H. Rosenfeld, L. Grinberg, D. Liberman y E. Gaddini, entre otros. Creo cierta la posibilidad de

conservar como adecuado lo esencial de la conceptualización freudiana del «*Agieren*», dedicándonos a entender mejor esas actuaciones, y la elaboración o la comprensión psicoanalítica de la acción y del actuar, inherentes y componentes de la evolución de todo paciente analizado. (Paz, 2007)

A su vez, del reciente 46° IPA Congress de Chicago 2009, quiero mencionar dos ponencias, publicadas en la *Revista de Psicoanálisis*, Tomo LXVI, número 1, de marzo del 2009.

Por un lado, el trabajo libre de Claudia Lucía Borensztein: “El enactment como concepto clínico convergente de teorías divergentes”.

La autora, al ubicar el término menciona lo siguiente:

El concepto de *enactment* expresa la idea de una forma de actuar dentro de la situación analítica. El paciente pone en acto sus relaciones de objeto interno primitivas a través de la transferencia de estas sobre el analista, quien las percibe a través de la presión que se ejerce sobre su CT, involucrándose en una forma sutil de acción. Acepta el rol o lo rechaza lo que da como resultado un tipo de vínculo que es un *enactment* conjunto de la relación entre ambos. (Borensztein, 2009:180).

Más adelante agrega:

En el *enactment* hay 2 tiempos, en el primero se produce el *enactment* interpretativo y en el segundo, la interpretación del *enactment* que es una corrección o un completamiento de la interpretación en la que el analista se ha visto envuelto. No hay connotación negativa. El *enactment* es algo a ser pensado. (Borensztein, 2009:181)

[13]

Por otra parte, en el panel sobre *Perspectivas comparadas sobre el inconsciente en el trabajo clínico*, Fred Busch menciona en su ponencia lo siguiente:

En este artículo examinaré la propuesta de que *cuanto más nos acercamos al conflicto inconsciente, más probable es que éste se exprese mediante una forma particular de acción denominada lenguaje-acción*. (Busch, 2009:42). [14]

Unas páginas más adelante, al explicar el desarrollo del lenguaje-acción nos dice:

La principal distinción entre distintas etapas del desarrollo motor es el grado en que se internalizan las acciones y en que la conducta se basa en representaciones, en lugar de tener un sustento motor. Importa señalar que el proceso de internalización es muy prolongado. Hasta que el niño tiene 7 años, no se puede decir que disponga de un sistema cognitivo integrado con el cual organizar el mundo de una forma relativamente independiente de los referentes de la acción. Antes de eso, el pensamiento del niño está muy influido por su sustento motor". (Busch, 2009:45).

Finalmente, sobre las implicaciones para el tratamiento nos dirá:

El objetivo de nuestro tratamiento es tratar de modificar el carácter inevitable de la acción, convirtiéndola en la posibilidad de reflexionar mediante la representación de lo que antes era irrepresentable, y por lo tanto se expresaba en lenguaje-acción. Esta es la base de la capacidad para el insight". (Busch, 2009:49) [15]

Como vemos por este último párrafo, el Dr. Busch entiende la aparición en sesión de actos de parte de los pacientes como *lenguaje-acción*. La explicación que nos acerca remite al desarrollo del pensamiento conceptual en el niño, que reemplazaría el acto

motor. El *lenguaje-acción* sería patrimonio de lo irrepresentable, en el mismo sentido en que lo piensa André Green, desde la perspectiva del psiquismo primitivo.

A su vez, como surge de los textos mencionados, los analistas que utilizan la noción de *enactment* ponen el acento en la presión ejercida sobre la contratransferencia del analista. Consideran que se trata de una puesta en acto de relaciones de objeto interno primitivas del paciente, que se vehiculizan de manera sutil en la transferencia, y que inducen consecuentemente el actuar del analista.

VIII- Una perspectiva del *agieren* en la clínica actual

José Luis García Martínez [16], a quien trato hace unos cinco meses, me fue derivado por el analista de su actual pareja. Durante el diálogo por la derivación mi colega me había anticipado que José Luis, de 40 años de edad, tenía dificultades en mantener relaciones sexuales. Padecía de una disfunción eréctil que le dificultaba la penetración.

El día de su primera entrevista, el paciente me llamó a través de su teléfono celular unos minutos antes del horario. Me dijo que estaba en un atolladero de tránsito y suponía que iba a llegar un poco más tarde de lo convenido. Al recibirlo, en el momento de entrar a mi consultorio tropezó con el felpudo de la puerta de ingreso y trastabilló. Ya en situación de entrevista me dijo que quería analizarse para resolver sus dificultades sexuales. Eran un serio obstáculo, que obstruía su relación con Laura. Luego de la segunda entrevista convinimos un tratamiento de dos sesiones semanales, con diván.

Recuerdo que del primer contacto con José Luis me pareció significativo que se hubiera mantenido virgen hasta ese momento de su vida. Iniciado el tratamiento se anunció sistemáticamente por el portero eléctrico con sus dos apellidos, nunca por su nombre,

situación que desde el comienzo me resonaba como: “Soy (hijo de) mi papá y (de) mi mamá”.

En el curso de las primeras sesiones me puso al tanto de que había estado previamente en una única relación de pareja con Bárbara, durante 10 años, sin haber mantenido relaciones sexuales. Ella, luego de separarse de José Luis, se asumió como lesbiana y estableció públicamente una pareja homosexual.

El paciente desde los 9 años había comenzado su educación en un colegio religioso católico, donde cursó también sus estudios secundarios. Sin solución de continuidad se había mantenido ligado a la iglesia a la que pertenecía el colegio, y en los últimos años había sido habilitado para officiar como ministro de eucaristía [\[17\]](#) Se dió cuenta que ya llevaba más de 30 años en ese camino, que había iniciado siendo niño.

José Luis si bien terminó una carrera universitaria, no ejercía como profesional independiente. A los 17 años comenzó una actividad laboral, en relación de dependencia, en el circuito de la banca oficial que mantenía hasta la actualidad.

Tanto por su actividad laboral como por el trayecto religioso, el paciente consideraba que tenía la tendencia a quedarse de modo permanente en los lugares a los que accedía. Esa característica le hacía tener cierta precaución frente al comenzar el tratamiento analítico por temor a eternizarse en la relación conmigo; situación que en cierto modo condicionó la decisión del paciente de tomar solo dos sesiones semanales de análisis.

Una pequeña síntesis de una sesión:

P: Estuvimos el sábado en la casa de Lauri. Y ella en un momento me mostró un placar que estaba todo vacío. Me dijo que era para que pusiera mis cosas, para cuando empezáramos a convivir. No es que me hizo un espacio con ropa que ya estaba colgada, sino que era todo para lo mío.

A: Parece que usted sintió que de ese modo Laura le estaba haciendo un lugar dentro de ella, desde el punto de vista psicológico y emocional.

P: Bueno, es la primera vez que tengo la sensación de que voy a tener un lugar para mí. Porque siempre tuve un espacio chiquito dentro de un lugar que era de otro. No era mío, sino que era un lugar de otro. Yo hablo de mi casa, y digo mi casa; pero si bien la compramos mi hermana y yo, es la casa de mi mamá. Por ejemplo, muchas veces quise comprar un aparato de aire acondicionado, pero mi mamá siempre me dijo que no lo compre porque no lo iba a usar. Y nunca lo terminé comprando.

A: Por lo que agrega se trataba de un lugar chiquito dentro del espacio de su mamá. Un espacio que era de ella. Quizás esa es la diferencia con lo que mencionó antes, sobre el placar de Laura. Si bien también era un espacio de ella, porque se trataba de su placar, le hizo sentir que era para lo suyo. Quizás esa es la diferencia con lo que me decía de lo de su mamá y el aparato de aire acondicionado.

[A partir de ese momento la sesión cambió. El paciente comenzó a relatar episodios ligados a lo que veníamos analizando, de un modo tal que me ubicaba en situación de oyente. Él contaba y yo solo lo tenía que escuchar. Era un modo de interacción que me hacía sentir claramente inmóvil y pasivo. Mi sensación fue, por el tipo de relato del paciente, que se había dramatizado una escena en la que yo era quien ocupaba un lugar chiquito, sin movilidad, en el espacio que él me dejaba]

Le dije:

A: El espacio amplio del placar o el lugar chiquito dentro del espacio de otro se estaba dramatizando en este momento en la sesión, con su modo de hablar. Estuvo relatando un episodio y me ubicó en oyente.

[José Luis me pidió que le aclarara mi interpretación, porque no había la había entendido].

Le dije:

A: Por su modo de hablar yo era José Luis, y usted su mamá que me dejaba un lugar chiquito dentro del espacio que ocupaba su relato.

[El paciente escuchó con atención y tuve la impresión de que esta vez había entendido la interpretación, quizás porque la pude formular con más claridad: él podía estar identificado con una característica de la madre sobre la que veníamos hablando en ese momento de la sesión.

Mencionó luego:

P: Con Laura fuimos a una reunión que se hizo en la casa de un colega de ella, que era gay. Estaban otros amigos del dueño de casa, también gay, y solo una única amiga mujer. Después vino otro amigo invitado, que no parecía gay, pero a mí me dio la impresión de que tenía aspecto de cura. Cuando nos fuimos de la fiesta, Laura me dijo que ese invitado era cura, y que iba a dejar los hábitos porque estaba en pareja con la chica de la reunión. Como yo me sonreí Laura me preguntó por qué me sonreía y entonces le dije que me acordé de que al comienzo del tratamiento usted me había interpretado en varias oportunidades que yo me mostraba como si fuera un cura.

A: Sí, por su relato, un cura laico que está dejando los hábitos para ponerse en pareja.

IX- *Agieren* y elaboración psicoanalítica: El tramitar en acto con otro

El sentido de relatar esta viñeta es transmitir una determinada perspectiva acerca de cómo considerar aparición del material

analítico en sesión, y consecuentemente qué supone la idea de *tramitar en acto con otro*.

En principio, tanto la referencia del paciente sobre el atolladero de tránsito como el trastabillar con el felpudo de la primera entrevista, fueron elementos que consideré como una *puesta en escena* de sus dificultades en la “penetración”. En este caso se trataba de introducirse en un tratamiento.

Los comentarios acerca de quedar incluido por años en los lugares a los que accedía posibilitaban inferir ansiedades claustrofóbicas implícitas en sus dificultades.

Poco tiempo después, pude reinsertar en su análisis esos dos episodios, así como el temor al encierro, y vincularlos a su sintomatología. Era un modo también de compartir con el paciente mi forma de “leer” el material por él expuesto. Intenté trasmitirle así que cuando su proceso analítico se pone en marcha se irá desplegando un hilo temático, que va a corresponder al despliegue inconsciente de su condición de *sujeto en devenir*. (Krakov, 2007).

En la secuencia que mencioné previamente a la viñeta habían surgido: la pareja con Bárbara de 10 años de duración, sin que hubieran mantenido relaciones sexuales. Luego el que ella estableció, después de separados, una relación homosexual. Más adelante los antecedentes sobre su educación religiosa, el ligamen a la iglesia de la misma Orden, su condición de ministro de eucaristía, y finalmente la temática de lo laboral.

Algunos de estos elementos aparecen en la viñeta de la sesión que expuse: los amigos gais del dueño de casa y el cura que abandonará los hábitos para hacer pareja con una mujer. Como sabemos, los escenarios cambian, pero ciertos ejes temáticos insisten. Considero actualmente que la elaboración psicoanalítica, en su vertiente clínica, implica ubicar y albergar dichos ejes, en tanto dan cuenta de una anecdótica inconsciente en despliegue.

Los pacientes, a través de esas temáticas y bajo el cuidado de la regla fundamental de la asociación libre, irán diseñando diferentes escenas. Estas escenas tienen un argumento y también personajes, que al estilo de un “carrusel” van a ir rotando. En la transferencia nos iremos posicionando, a instancias del paciente, en los diferentes lugares que el argumento y la rotación proponga. A veces encarnaremos personajes significativos, otras al propio paciente.

¿Qué fue lo que tramitó José Luis en acto?

El momento clave, para ubicar puntualmente el *agieren* como tramitación en acto, corresponde al cambio de clima en la sesión. En ese momento él era la mamá del relato, inmovilizadora y pasivante, dejándome el lugar del hijo que debía padecer el efecto de su accionar. Se puede decir que, a la inversa de lo que ocurría en “La rosa púrpura del Cairo” [18], fui convocado a “subirme a escena” y a partir de allí ver que hacía “como hijo” con “esa madre”.

Considero, desde el punto de vista teórico, que estoy aludiendo en particular a un sector del bagaje identificador de mi paciente.

Esto mismo, desde una vertiente subjetiva, implica la aparición de una determinada *posición sujeto* que se ponía en acto conmigo en sesión. Mi presupuesto es que somos convocados *como otros especializados en saber hacer con esos personajes*.

Visto desde esta perspectiva la depotenciación de recuerdos inconscientes, a la que alude una de las frases freudianas transcriptas, sería consecuencia de los procesos de des-identificación que son inherentes a un análisis y supondrían también, desde la vertiente subjetiva, lo que he dado en llamar una *mudanza subjetiva*. (Krakov, op.cit)

La posición sujeto, que remite a lugares en redes de relaciones con otros significativos, inevitablemente *se pone en acto*.

Recién después de lo “actuado” (puesta en escena-acted out), por aprés coup, se podrá pensar y hablar acerca de ese hacer; no antes.

Seguramente tal período de recuperación en un análisis de ese “después”, es lo que denominamos *elaboración psíquica*.

En calidad de síntesis final:

Mi conclusión es que Freud con el concepto de *agieren* quiso puntualizar una dimensión escénica a través de la cual los pacientes se expresan dramáticamente en sesión. Ese es el modo como el inconsciente *se pone transferencialmente en acto*.

Desde la perspectiva vincular de la que soy usuario, el que inevitablemente actúa es un sujeto inconsciente que conceptualizo como *sujeto del vínculo*.

Sabemos (Freud, 1914) que esa es la particular manera que tienen los pacientes de recordar. Desde la mirada subjetiva que estoy incluyendo, recordar implicará dar cuenta de los *anclajes subjetivos* a través de los cuales los pacientes se encuentran amarrados a determinados otros.

Pensado de este modo se puede considerar que el paciente que demanda un análisis nos estaría convocando como un *otro especializado* al servicio de poder realizar la tan anhelada *mudanza subjetiva* (Krakov, 2010).

X- Notas finales

Nota final 1

A mi criterio, Freud nos da una idea de cómo él consideraba una respuesta a tal planteo:

Y bien, el análisis hace que el yo maduro y fortalecido emprenda una revisión de estas antiguas represiones; algunas serán liquidadas y otras reconocidas, pero a estas se las edificará de nuevo sobre un material más sólido. Estos diques tienen una consistencia por entero diversa que los anteriores; es lícito confiar en que no cederán tan fácil a la pleamar del acrecentamiento de las pulsiones. La rectificación con posterioridad {Nachträglich} del proceso represivo originario, la cual pone término al hiperpoder del factor cuantitativo, sería entonces la operación genuina de la terapia analítica. (Freud, 1937:230)

Nota final 2

Incluyo, a continuación, el cotejo realizado entre las colecciones de la SE y AE de las referencias tomadas de la GW sobre el concepto de *agieren*.

-Expresión afectiva. Mímica. Pantomima.

Las referencias en los textos de la Obra freudiana son las siguientes:

“(...) elegimos lo cómico de los movimientos acordándonos de que la representación teatral más primitiva, la pantomima, se vale de este recurso para hacernos reír. A la pregunta sobre por qué nos reímos de los movimientos del clown, se podría responder: porque nos parecen desmedidos y desacordes con un fin.” (*El chiste y su relación con lo inconciente*, Freud, 1905, Volumen VIII, p.181).

“La observación muestra de manera directa que los seres humanos están habituados a expresar lo grande y lo pequeño de sus contenidos de representación por la diversidad de gasto en una suerte de *mímica de representación*.” (op cit. pág. 183)

“(...) En tanto así definiendo el punto de vista de que a la <<expresión de las emociones>>, notoria como un efecto

secundario corporal de procesos anímicos, debe agregársele esta <<expresión del contenido de representación>> (...).” (op. cit. pág. 184)

-En lugar de Recordar (ver también Compulsión a la Repetición) V 283; X 129; XVII 101, 103

La primera referencia corresponde al Fragmento de análisis de un caso de histeria (Freud, 1905 [1901]):

Después, cuando sobrevino el primer sueño, en que ella se alertaba para abandonar la cura como en su momento lo había hecho con la casa del Sr. K, yo mismo habría debido tomar precauciones, diciéndole <<Ahora usted ha hecho una transferencia del Sr. K. hacia mí...>> (...) Pero yo omití esta primera advertencia; (...) Así fui sorprendido por la transferencia y, a causa de esa x por la cual yo le recordaba al Sr. K., ella se vengó de mí como se vengara de él, y me abandonó, tal como se había creído engañada y abandonada por él. De tal modo actuó (*agieren*) un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura. (p.103-104)

En la versión inglesa de la SE el texto dice así:

“Thus, she *acted out* an essential part of her recollection and phantasies instead of reproducing it in the treatment.” (p.119)

La segunda referencia corresponde a Recuerdo, repetición y reelaboración (Freud, 1914):

Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior, podemos decir que el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino

como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace. (p.151-152)

En la versión de la SE:

(...) we may say that the patient has not *remember* anything of what he had forgotten and repressed but acts it out. He reproduces it not as a memory but as an *action*; he *repeats* it. Without, of course, knowing that he is repeating it. (p.150)

Las últimas corresponden a Esquema del Psicoanálisis (1940 [1938]).

Otra ventaja de la transferencia es que en ella el paciente escenifica ante nosotros, con plástica nitidez, un fragmento importante de su biografía, sobre el cual es probable que en otro caso nos hubiera dado insuficiente noticia. Por así decir, actúa (*agieren*) ante nosotros, en lugar de informarnos. (p.176. AE.)

Es indeseable para nosotros que el paciente, fuera de la transferencia, actúe en lugar de recordar; la conducta ideal para nuestros fines sería que fuera del tratamiento él se comportara de la manera más normal posible y exteriorizara sus reacciones anormales dentro de la transferencia. (p.177-178)

La S.E. dice:

Another advantage of transference, too, is that in it the patient produces before us with plastic clarity an important part of his life-story, of which he would otherwise have probably given us only an insufficient account. He acts it before us, as it were, instead of reporting it to us". (p.175-176)

“We think it most undesirable if the patient acts outside the transference instead of remembering”. (p.177)

- Lucha en el Análisis (.i.d. Transferencia), contra la. VIII 374; XIII 19f., XIV 258

La primera de las referencias corresponde a *Dinámica de la transferencia*. (1912).

Las mociones inconcientes no quieren ser recordadas, como la cura lo desea, sino que aspiran a reproducirse en consonancia con la atemporalidad y la capacidad de alucinación de lo inconciente¹. Al igual que en el sueño, el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del despertar de sus mociones inconcientes; quiere actuar (*agieren*) sus pasiones **sin atender a la situación objetiva (*real*)**. (p.105) [19]

La SE lo dice de este modo:

The unconscious impulses do not want to be remembered in the way the treatment desires them to be, but endeavour to reproduce themselves in accordance with the timelessness of unconscious and *its capacity of hallucination*. Just as happens in dreams, the patient regards the products of awakening of his unconscious impulses as contemporaneous and real; he seeks to put his passions into action without taking any account of the real situation. (p. 108)

1 [This is elaborated in a later technical paper ‘Recollecting, Repeating and Working-Through’ (1914g), p. 150 ff. below] [20]

La segunda referencia corresponde a *Más allá del principio placer* (1920).

Tras sustituir así una terminología meramente descriptiva por una sistemática o dinámica, podemos decir

que la resistencia del analizado parte de su yo; hecho esto en seguida advertimos que hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconciente. Es probable que no pueda exteriorizarse antes que el trabajo solicitante de la cura haya aflojado la represión. (p.19-20)

La SE dice:

“It seems probable that the compulsion can only express itself ***after a work of treatment has gone half-way to meet it and has loosened the repression***” (p.20). [\[21\]](#)

No deja de ser significativo, y aclaratorio, el aporte de la versión inglesa:

La compulsión de repetición podrá expresarse luego que el trabajo del tratamiento haya recorrido la mitad del camino para encontrarla y haya aflojado la represión. Freud nos indica así que cuando trabajamos con un paciente vamos al encuentro de la compulsión de repetición, que encontramos a mitad del camino del aflojamiento de la represión.

La SE dice:

“But how ¿is the compulsion to repeat-the manifestation of the power of the repressed- related to the pleasure principle?” (p.20)

¿Qué definición da el propio Freud de la compulsión a repetir, un par de líneas más abajo?:

“Ahora bien, ¿qué relación guarda con el principio de placer la compulsión de repetición, la exteriorización forzosa de lo reprimido?” (p.20) [\[22\]](#)

Finalmente, la última referencia remite a *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*. (Freud, 1926).

Y ahora comprendemos el proceso. El paciente repite en la forma de su enamoramiento del analista vivencias anímicas por las que ya pasó una vez; ha transferido sobre el analista actitudes anímicas que estaban prontas en él y se hallaban íntimamente enlazadas con la génesis de su neurosis. (...) Entonces, lo que nos muestra es el núcleo de su historia vital íntima, lo reproduce de manera palpable, como algo presente, en vez de recordarlo. (p.212)

La SE lo menciona así:

(...) He is also repeating before our eyes his old defensive actions; he would like best to repeat in his relation to the analyst all the history of that forgotten period of his life. So, what he is showing us is the kernel of his intimate life history: he is reproducing it tangibly, as though it were actually happening, instead of remembering it. (...) (p.226)

- En el Asesinato a Moisés XVI 195

El texto corresponde a Moisés y la religión monoteísta (1939 [1934-38]).

(...) El destino había aproximado al pueblo judío la gran hazaña y el crimen atroz del tiempo primordial, el parricidio, dándole la ocasión de repetirlo él mismo en la persona de Moisés, una sobresaliente figura paterna. Fue un caso de <<actuar>> {*Agieren*} en lugar de recordar, como tan frecuentemente sucede durante el trabajo analítico. (p.85)

La SE dice:

"(...) It was a case of 'acting out' instead of remembering, as happens so often with neurotics during de work of analysis." (p.89)

¿El que trabaja es el psicoanálisis?

Mi propuesta para esta presentación versará sobre el modo de concebir la dinámica clínica a partir de incluir la noción de "sujeto inconsciente".

1- ¿El que trabaja es el psicoanálisis?

La formulación de este interrogante constituye un intento de remarcar, desde el comienzo, que en los tratamientos analíticos es "el psicoanálisis el que trabaja". Esta afirmación supone un par de conjeturas previas que necesitan ser aclaradas.

Desde mi perspectiva actual, todo paciente que consulta, aún sin saberlo, porta en sí un sujeto inconsciente en devenir, obstaculizado en su despliegue.

Los analistas seríamos convocados como especialistas en escuchar dicho "sujeto", con el fin de "detectar y saber hacer" con los obstáculos.

Cuando se inicia un análisis se activa en el paciente "su" proceso inconsciente; y serán las sesiones "el dispositivo prínceps" que lo permitirán monitorear.

Desde esta perspectiva la frecuencia semanal de sesiones no es indiferente ni un dato menor, porque lo que no se pueda dar cuenta en sesión, los pacientes lo van a dirimir en las relaciones interpersonales.

Quien nos informará del proceso será "el sujeto inconsciente". Lo hará, al protagonizarlo, a través del "decir y el hacer" en

trasferencia. Nuestra “escucha” debiera poder orientarse hacia él.

El dispositivo fundamental para dar cuenta de las alternativas en cuestión lo conforma la solidaridad clínica de la asociación libre y la atención flotante.

2) La dinámica clínica

- Cuando un analista utiliza algunas de las teorías en psicoanálisis para “leer” lo que el paciente despliega en una sesión estaría realizando “psicoanálisis aplicado”. Es decir, aplicando su teoría a un texto, como podría hacerlo con una novela o un argumento teatral, con el fin de traducirlo al lenguaje psicoanalítico.

- De los múltiples efectos deletéreos que esa técnica puede acarrear voy a mencionar dos:

a) El paciente es siempre el *infans*, la boca, el bebé o el niño; y el analista es permanentemente un representante de los objetos primordiales (el pecho, la madre, o el Otro). Con lo cual se confirma, una y otra vez, que la teoría de la que el analista es usuario siempre acierta, tanto en la comprensión como en la explicación de lo ocurrido.

b) Todo paciente, al hablar en sesión, describe una escena que tiene personajes, argumentos y lugares a ocupar. Tienen el valor de una oferta identificatoria para el analista. Se genera así una dinámica similar a un Carrusel, en la que nos tocará encarnar, en diferentes momentos, a alguno de los personajes mencionados o, inclusive también, al propio paciente. Esto es justamente lo que la “aplicación del psicoanálisis” consigue desconocer o desmentir.

3) El tramitar en acto con otro

Freud pensaba la tramitación psíquica del modo siguiente:

No olviden que las vivencias antiguas de los histéricos exteriorizan su efecto en una ocasión actual como recuerdos inconscientes. *Parece como si la dificultad para la tramitación, la imposibilidad de mudar una impresión actual en un recuerdo depotenciado, dependiera justamente del carácter de lo inconsciente psíquico.* (1896:216)

[Sigmund Freud, La etiología de la histeria (1896). Obras completas. Tomo III. Amorrortu Editores]. A partir de esta referencia, postulo aquí que **la tramitación se realiza en acto con otro**. Remarco otro y no un objeto, porque el objeto es ubicado como tal por y desde el sujeto. Mientras que el otro, en su condición de real, tiene existencia propia en una dimensión distinta a la del sujeto.

Desde esta perspectiva la tramitación, en un tratamiento psicoanalítico, se hará en transferencia. Justamente en el borde que permite diferenciar al analista en su condición de otro y no de objeto.

4) El trabajo del psicoanálisis en sesión:

- El caso de la paciente K

El material clínico corresponde al trabajo “Del Baluarte al *Enactment*: El *No- Sueño* en el Teatro del Análisis” (Roosvelt y Smeke Cassorla, 2019). Reproduzco aspectos del material con cierto detalle:

Cuando K me consultó se quejaba todo el tiempo de sus síntomas corporales, indefinidos y constantes, que por falta de palabras eran llamados “vértigos”. Su vida estaba limitada hacía años porque estos síntomas le impedían estudiar, salir y tener amigos. K pasaba la mayor parte del tiempo en casa, en la cama, su único refugio. Decenas de médicos “nada” habían encontrado en su cuerpo; los ansiolíticos y antidepresivos que tomaba no le hacían efecto y sus síntomas empeoraban. En pocas semanas, a esos vértigos se les sumaron jaquecas, diarreas, gripes, fiebres, y otros

síntomas, que demandaban tratamientos médicos. K. se quejaba también de su analista, me acusaba de incompetencia y de ser el causante de esos nuevos síntomas. Molesto, yo me sentía amenazado por las quejas y por el empeoramiento del estado de la paciente. Con el tiempo a esos síntomas se les incorporaron ansiedad, malestar psíquico, miedos, percepciones aún casi indecibles, que se diferenciaban de los síntomas corporales. Posteriormente, estos predominarían, substituyendo el cuerpo como lugar del sufrimiento.

En esa fase inicial me sentía inútil e impotente, invadido por las quejas. Constantemente me preguntaba si mi capacidad analítica se encontraría comprometida pero jamás quise desistir: sentía que había un fuerte vínculo entre nosotros y estaba seguro de que con el pasar del tiempo las cosas se aclararían. La madre de K tomaba antipsicóticos y su padre, fallecido, era despreciado por K. Seleccionaré dos fragmentos de sesiones. En el primer fragmento, que pertenece al inicio del tercer año de análisis, muestro cómo K me involucró en una conspiración sadomasoquista. A continuación, el momento M, donde yo, analista, pierdo el control.

La sesión tiene lugar después de un fin de semana largo, en el que K se fue de viaje a pesar de sus fobias. Desesperada, comienza diciendo que tiene mucho para contar sobre su viaje, que la sesión no va a ser suficiente, se siente mal, muy mal, el viaje fue horrible. El hotel era pésimo, la comida intragable. Y siempre se sentía mal, y se tomaba la presión a cada momento. No sabe cómo pudo, con mucho esfuerzo, pasear un poco. Pero quedó aislada, los compañeros de viaje eran muy desagradables. Llegó de madrugada. Tuvo que despertarse temprano para venir a la sesión. Tiene mucho sueño. Nunca más va a viajar de nuevo, etc.

Interrumpo las quejas de K. A ella no le gusta. Le digo que me doy cuenta de que hay en funcionamiento una “máquina de tortura”, una trituradora, que transforma todo en mierda. No me gusta oírme: mi tono de voz fue de rabia, y me pareció raro escucharme diciendo

“mierda”. No acostumbro a hablar así. En respuesta a mi intervención, K se queja violentamente de que no la dejo hablar, de que no puede quejarse. Me grita y me acusa de que le grité. Le señalo su desconfianza y también la dificultad para notar las cosas buenas, el viaje, que es el primero en tantos años, a pesar de las dificultades. K en apariencia no me escucha, pero me sorprende porque surge un nuevo material, que parece ser diferente. Cuenta que llegó a casa de madrugada y no encontró a la madre en su dormitorio. Se asustó. Inconscientemente se me escapa la frase: “¿Y pensaste que la habías matado?”. Responde que sí, que había pensado exactamente eso. Fue a bañarse. Después abrió la puerta del cuarto y la madre estaba allí, durmiendo. “Pero fingió no haberme escuchado”. Le pregunto cómo sabe que ella oyó. Dice que hizo mucho ruido en la casa. La sesión continua con K retomando sus quejas.

Momento M

A pesar de que hubo momentos fértiles durante el proceso, la mayoría es abortada apenas se tiene conciencia de ellos. Tengo la sensación de toparme con un muro que no se puede atravesar, donde cualquier intento de comprensión es rechazado o desvitalizado. Es como si K accionase una ametralladora giratoria, que destruye de modo indiscriminado cualquier cosa que se acerque.

Sucedió entonces lo que llamo Momento M, cuatro meses después del fragmento relatado. Como en otras ocasiones K transformó una intervención mía, deformándola, sintiéndose perseguida, y atacándome por eso. No me escuchaba e insistía obstinadamente con que la había acusado injustamente, que había dicho algo absurdo, etc. Ella gritaba, mientras yo noté que me defendía torpemente, queriendo convencerla de que no le había dicho eso. En ese momento, sin pensar, golpeé mi mano con fuerza en el apoyabrazos de mi sillón, al mismo tiempo que, gritando más alto que ella, la interrumpí. Reclamé que no me dejaba hablar ni me

escuchaba. En ese instante K dejó de gritar y me dijo con calma, con aire de victoria, en tono irónico, que yo le había gritado. Le respondí que sí, que tenía razón, que realmente me había puesto nervioso, soy un ser humano. Agregué “menos mal que puedo ponerme nervioso, porque si no, me obligarías a estar de acuerdo con todo lo que me dices, y en ese caso, yo te tendría miedo, estaría dominado, y tú ya no tendrías un analista”.

Reflexionando sobre lo sucedido, supuse que hasta entonces me había sentido como un analista paciente, tratando de no contaminarme con las violentas identificaciones proyectivas de K (lo cual no era fácil) y, de la forma más calma posible, de digerirlas y darles un significado. Atribuía el poco efecto de mis intervenciones y la constancia de los ataques de K a sus aspectos destructivos que trataba de interpretar. Cuando ocurrió el momento M, supuse que la violencia de las identificaciones proyectivas había excedido mi umbral de continencia y que había sido atrapado por su parte psicótica.

Mi perspectiva de lo ocurrido con la paciente K

Un posible modo de titular mi comentario podría ser “Cuando el analista “es” la hija de una madre psicótica”, porque desde el comienzo quisiera dejar postulado mi modo de entender el caso de la paciente, y muy en particular el momento M. Por lo que hemos tenido oportunidad de leer, el Dr. Cassorla Roosevelt consideró que en todo momento era él siempre el analista, quien escuchaba y le hablaba a la paciente. Reproduzco un par de párrafos en los que el autor da cuenta de cómo se sentía, al comienzo del tratamiento de K:

a) En esa fase inicial me sentía inútil e impotente, invadido por las quejas. b) Me veía luchando para no ser atrapado por sus lamentos y me sentía preso de sentimientos extraños, confusos y bastante molestos: no los entendía. c) Constantemente me

preguntaba si mi capacidad analítica se encontraría comprometida pero jamás quise desistir.

Más adelante, luego de ocurrido el episodio M, en el que el analista da el golpe en el brazo de su sillón, mencionó lo siguiente: a) Le respondí que sí, que tenía razón, que realmente me había puesto nervioso, soy un ser humano. b) Agregué “menos mal que puedo ponerme nervioso, porque si no, me obligarías a estar de acuerdo con todo lo que me dices, y en ese caso, yo te tendría miedo, estaría dominado, y tú ya no tendrías un analista”.

Tiene sentido plantearnos por qué razón el Dr. Cassorla considera que es “siempre” el analista. Más aún si tomamos en cuenta que en toda situación analítica se despliegan fenómenos proyectivos. La respuesta al interrogante la podemos obtener a partir del modelo teórico que el autor utiliza. Él parece ser usuario de desarrollos conceptuales de W. Bion, quien teorizó acerca del funcionamiento primitivo de la mente. Postuló que, en los comienzos de la vida psíquica, la mente estaría poblada por partículas Beta, que estarían al servicio solo de la evacuación, y elementos Alfa, que habilitan y permiten soñar sueños. Aplicando este modelo a la clínica analítica, el paciente, desde su parte bebé, identificaría proyectivamente aspectos psicóticos (partículas Beta) en el analista-mamá, quien con su capacidad de reverie (mente materna) las metabolizaría para devolverlas con significado.

Considero que el mayor inconveniente que genera la utilización de este modo de pensar clínicamente es, según mi criterio, la fijeza con la que “bebé y mamá” terminan siendo los habitantes “naturales” de los lugares paciente y analista. Coincido con quienes denominan este tipo de aproximación comprensiva con el nombre de “análisis aplicado”. Se trata, como lo mencioné previamente, de la lectura de un texto utilizando conceptos y términos del marco psicoanalítico. Se asienta en interpretaciones de contenido, en general de carácter simbólico. Su característica principal, que no las hacen pertinentes

para los tratamientos analíticos, es que los personajes de los que se trate terminan encarnando siempre una determinada cualidad.

Me importa transcribir aquí el modo con el que Freud nos alerta con respecto a este tipo de comprensión clínica. Al comienzo de “Pulsiones y destinos de pulsión” (1915), hace una propuesta metodológica en referencia al “comienzo correcto de la actividad científica”. Este consiste en describir fenómenos “que son luego agrupados, ordenados e insertados en conexiones”. Para la descripción misma “es inevitable aplicar al material ciertas ideas abstractas”, que son los posteriores conceptos básicos de la ciencia. Y agrega: “Mientras se encuentran en este estado, tenemos que ponernos de acuerdo acerca de su significado por la **remisión repetida al material empírico del que parecen extraídas, pero que, en realidad, les es sometido**”. (p.113) He subrayado lo que estoy interesado en resaltar. Las explicaciones de lo ocurrido con la paciente K. parecieran provenir de la clínica, pero, por lo visto, corresponden al marco teórico que estuvo siendo utilizado por el Dr. Cassorla. Lo sucedido podría sugerir que se trató de un momento de fastidio del analista, quien harto de las quejas de la paciente hizo uso de su autoridad en el encuadre y le dijo “a los golpes”, <las cosas son así, como te las digo. Y termina con las quejas>. Creo sinceramente que fue eso lo que ocurrió. Lo cual no quita que, visto desde la perspectiva del sujeto inconsciente que estoy proponiendo, el momento M resulte de un valor fundamental. A diferencia del psicoanálisis aplicado, considero que en las sesiones analíticas ocurren fenómenos proyectivos que son de importancia crucial tomar en consideración. Razón por la cual utilizo como metáfora la idea de “carrusel” para dar cuenta del sentido dinámico de lo clínico. Esto quiere decir que, en diferentes momentos de una sesión, así como del análisis en su totalidad, los analistas podemos encarnar diferentes personajes que son parte del argumento que los pacientes exponen. Siguiendo la secuencia asociativa que el analista fue haciendo al ponernos al tanto del caso, el episodio M puede entenderse del siguiente modo: “La madre de K tomaba antipsicóticos y su padre, fallecido, era despreciado por K”, nos dijo

inicialmente el analista. Y luego, previo al episodio M, nos hizo saber lo que sigue: “Cuenta que llegó a casa de madrugada y no encontró a la madre en su dormitorio. Se asustó. Inconscientemente se me escapa la frase: **¿Y pensaste que la habías matado?**”. Responde que sí, que había pensado exactamente eso. Fue a bañarse. Después abrió la puerta del cuarto y la madre estaba allí, durmiendo. *Pero fingió no haberme escuchado*”. Subrayé la frase que se le escapó al analista para reafirmar que “el tema de la madre” ocupaba su contratransferencia. Pero sabemos que no pensó que se estaba dramatizando en la sesión. Además, si a esto le agregamos que Cassorla tenía “sentimientos extraños que no entendía”, como nos indicó, tenemos razones para suponer que estaba ubicado en un lugar transferencial, sobre el cual su contratransferencia le estaba informando. Visto así, adquiere valor el decir de la paciente “fingió no haberme escuchado”. Efectivamente, podemos suponer que la paciente sugería que la temática transferencial con la madre no estaba siendo tomada por el analista. Propongo entender, desde otra perspectiva, el momento M. Con el golpe en el brazo de su sillón, el analista sale de su identificación “hija” y deja de estar sometido a penar por no poder solucionar los problemas de “su” madre psicótica, que la paciente le ofrecía permanentemente con su hacer en sesión. El analista había dado cuenta de ello: a) Me había transformado en una víctima sufrida, un mártir, que masoquistamente soportaba el dolor, sin tener conciencia de estar contra identificado con los mismos aspectos de K. b) Mi reacción en el momento M fue una especie de grito de alerta, basta de identificaciones con los aspectos masoquistas de K.

Está claro que finalmente el analista reconoce haber estado en el lugar sufriente de la paciente. Mi diferencia, con el modo de comprender el lugar de “la sufrida”, es consecuencia de considerar que el analista estaba en el “lugar hija”, y la paciente en el lugar “madre psicótica”. Si seguimos lo que el analista nos fue informando sobre su sentir, podemos inferir que la paciente ya no sabía más que hacer como hija con esa madre. Y el golpe en el sillón inauguró un nuevo momento para ella.

Intento postular que el cambio psíquico, generado a través de un tratamiento de análisis, va a ser subsidiario de la *apropiación subjetiva* que los pacientes realicen, en transferencia, de un hacer *distinto del analista*. En el caso de la paciente K, será lo hecho por Cassorla mediante lo cual se desalojó del lugar “hija” de esa madre psicótica. La paciente, al apropiarse de ese “hacer” va a estar en condiciones de desarmar la escena, vigente en su vida psíquica, y podrá promover, a partir de allí, la anhelada mudanza subjetiva que estaba pendiente de ocurrir. Doy por supuesto que se entiende que no estoy proponiendo un “hacer” al estilo del golpe en el brazo del sillón del analista. Me refiero a un “decir y un hacer”, en el lugar particular en el que los pacientes nos ubican en sesión. Ellos encarnando al “otro significativo” (la madre psicótica de la paciente K) y los analistas en el lugar subjetivo que los pacientes tenían en aquella escena (hija sufriendo sin saber más que hacer). Cuando un analista puede “hablarle” en transferencia desde ese lugar “a la madre psicótica”, desalojándose del padecer y sufrir, le otorgará a la paciente la posibilidad de que se apropie de ese hacer distinto, con la chance de promover la caducidad de la escena.

5) Nuestro sujeto inconsciente, devenido analista, aparece en acto en sesión

Quiero remarcar de este modo que “el sujeto inconsciente”, que todos portamos, en nuestro caso “devino analista” como efecto del trabajo realizado en nuestra formación. Me refiero al haber realizado un análisis personal sostenido, cursando seminarios teóricos y supervisando nuestros casos clínicos. A lo cual se fueron agregando las teorías a las que adscribimos, la experiencia clínica que obtuvimos tratando pacientes, las instituciones a las que pertenecemos, etc.

Como es de suponer, todo este acervo subjetivo no lo tenemos consciente en forma permanente; pero sabemos que está y confiamos que nos asiste en nuestra tarea profesional. No solo cuando podemos conjeturar acerca de la problemática de quien (o

quienes) estamos tratando en ese momento. Si no, tal como lo he mencionado con respecto al sujeto inconsciente de nuestros pacientes, cuando puede asistirnos, también en “en acto” en sesión.

Sobre esta aparición “en acto” quiero referirme con un poco más de detalle a continuación, para situar contextualmente el concepto.

Creo no equivocarme al decir que compartimos de modo generalizado entre colegas la idea que es prioritario jerarquizar en los pacientes el pensar en lugar del hacer. Es así, en tanto proviene, inclusive, de las recomendaciones freudianas de los primeros trabajos técnicos. Más aún, en la primera época Freud les decía a los pacientes que no tomaran ninguna decisión importante que pudiera modificar la organización de su vida, antes de que terminara el tratamiento. Claro que en esos momentos los tratamientos, llevados a cabo por él, tenían una duración de algunos meses o eventualmente un año. La finalidad de tal recomendación era proteger a los pacientes de la movilización que promueven los tratamientos de análisis, y con ella los impactos en la organización de vida de cada cual. ¿Qué había descubierto? Se encontró con que los pacientes, al estar recordando las alternativas sobre un hecho traumático que parecía haber provocado sus síntomas, inesperadamente se trastocaba en una “escenificación transferencial”. De allí la famosa frase: “el paciente repite en lugar de recordar”. Esto parecía ser así porque los pacientes “no recordaban nada del pasado olvidado; lo volvían a vivir en el presente con el analista, y así nos dábamos cuenta de que ese era su modo de recordar”.

Hasta este momento del desarrollo del psicoanálisis, las escenificaciones actuadas eran aportadas por los pacientes. Pero clínicamente se veía que los analistas se inclinaban a responder, frente a los despliegues transferenciales de sus pacientes, con sus propias temáticas y complejos inconscientes. Se abrió de ese modo la recomendación del análisis personal, periódico, de los analistas y también toda la frondosa temática sobre la contratransferencia.

Sin embargo, la interrogación sobre las respuestas inconscientes de los analistas en sesión siguió abierta y activa. En ese sentido, un concepto que hizo su aparición en la bibliografía internacional, hace aproximadamente 30 años, fue el de <<*enactment*>>. Tal como el nombre lo sugiere, el *enactment* trata de tipificar, y dar cuenta, de un tipo de actos llevados a cabo por los analistas al tratar pacientes. Dependiendo de la adscripción teórica de quienes han escrito sobre *enactment*, la explicación puede variar desde ser considerada un acting out, un pasaje al acto, el efecto de una contra-identificación proyectiva, una contratransferencia complementaria, etc. Como vemos, por los distintos términos con los que se fue nominando, todos mantienen sobre el *enactment* un cierto rasgo de “falla” del analista. Porque pareciera haber quedado implicado por “algo” del paciente, sin que tuviera clara cuenta de ello, y que no lo hubiera podido tramitar sin actuarlo. Me importa subrayar esta idea porque apunta, si se quiere, a un analista ideal con el cual en *enactment* podría no suceder.

Por mi parte, no lo pienso así. Estoy cada vez más convencido que se trata de un sector de nuestra personalidad, que tiendo a denominar “el sujeto inconsciente devenido analista”, que es quien nos informa, “a su manera”, sobre lo ocurrido en sesión. Siguiendo esta línea, me interesa ubicar el *enactment* como uno de los modos en que se hace evidente en acto; con lo cual espero estar haciendo, a su vez, un aporte al esclarecimiento de la noción de *enactment*.

6) El caso de un niño de 10 años

El material clínico, sumamente ejemplificador, corresponde al trabajo “El *enactment* en el análisis de niños”, de la Dra. María del Rosario Sánchez Grillo (2004). Del ejemplo clínico voy a tratar de iluminar, en especial, el valor de un recuerdo que tuvo la analista de su propia infancia, luego de un episodio ocurrido con su paciente.

Al comentar el caso clínico, la autora menciona que se trata del segundo año del tratamiento de un niño de 10 años, que había

comenzado con trastornos de conducta en el colegio, luego de la separación de los padres. No respetaba límites, hacía chistes de mal gusto, y en una ocasión había enfrentado a los gritos al director de la escuela ante todo el colegio. Nos dice que su paciente había mejorado, pero siempre con la sensación de un equilibrio que podía romperse en cualquier momento. En dicho período, él le pidió que le comprara las “cartas de Pokémon”. Debían jugar con ellas en las sesiones, con ciertas reglas que él decía conocer pero que no podía transmitir del todo, y que no se encontraban escritas en “ningún lugar”. Entonces, el paciente siempre le ganaba y eso le producía un gran placer. A partir de lo cual la denigraba, o bien la retaba, o se burlaba.

“Su juego aparecía dirigido a un solo objetivo: lograr el control sobre mí a costa de triunfo y el desprecio. Me sentía impotente en el juego, sádicamente tratada y más de una vez, tentada a abandonarlo. No obstante, alguna intuición me alentaba a seguirlo.”

Inesperadamente, el paciente después de cuatro meses le propone jugar al ajedrez, y la analista nos pone al tanto de lo ocurrido. Después de desplegar el tablero se encuentra que, a raíz de un enroque, le hace jaque mate súbitamente en las primeras jugadas. Se siente sorprendida y extrañada, y se encuentra con el paciente llorando desconsolado, quien le decía:

“No puede ser que le hagas esto a un chico. Vos sos una persona mayor, sos una psicóloga... ¿Cómo le haces esto a un pobre chico?”

Frente a lo sucedido los pensamientos de la analista fueron: ¿Qué se había hecho del gordito prepotente, canchero y ganador? Aparecía por fin, ante mí pero sobre todo ante él mismo, el chico débil, vulnerable, perdedor...su baja intolerancia a la frustración pudo aparecer en el ámbito del encuadre, junto con sentimientos de dolor, impotencia e indefensión. Desconcertada, intentó analizar su contra transferencia una vez que el paciente se fue. ¿Por qué le

había ganado con tanta saña?, como parecía que lo había sentido el paciente. ¿Sería una venganza? ¿Un acting out contra-transferencial? ¿Un pasaje al acto como analista? Tuvo entonces un recuerdo de su infancia. Siendo unos años menor que el paciente, su padre le había enseñado a jugar al ajedrez y a hacer enroques. Los comenzó a usar y les ganaba con facilidad a otros pares, sus primos, que no lo sabían. El padre, alarmado, le había dicho, cosa que recordaba como “la verdad”, que había que usar el enroque solo en caso de necesidad, porque de lo contrario el juego se terminaba enseguida.

Hasta aquí la ejemplificación clínica. Quiero dar ahora mi parecer sobre lo ocurrido en este tratamiento. Ya mencioné previamente, que cada analista dispone de posibilidades explicativas en función de las herramientas que le otorga el marco teórico al que adscribe. Por tal razón quiero reproducir nuevamente un párrafo del material:

“Su juego aparecía dirigido a un solo objetivo: lograr el control sobre mí a costa de triunfo y el desprecio. Me sentía impotente en el juego, sádicamente tratada y más de una vez tentada a abandonarlo. No obstante, alguna intuición me alentaba a seguirlo.”

Control, triunfo y desprecio, así como el trato sádico al objeto al cual se pone en situación de impotencia, son claramente herramientas comprensivas correspondientes a la escuela inglesa, que la analista parece utilizar.

De todos modos, no deja de ser significativa la mención: “más de una vez me sentí tentada a abandonarlo”. Recordemos que el cambio de carácter del niño había sido consecuencia de la separación de los padres. Con lo cual la posibilidad del “abandono” parecía haber ingresado a la sesión, con la posibilidad que se repitiera en la transferencia.

Esta situación continuó hasta la aparición del juego de ajedrez. Luego de haberle ganado la partida, con el jaque mate súbito, el

paciente se puso a llorar desconsoladamente, reclamándole “cómo le hacía eso a un pobre chico”. Nuevamente la analista, en función de su marco teórico, pone en valor la caída de la arrogancia del paciente, razón por la cual podía estar en mejores condiciones para que aparecieran en él sentimientos de dolor, impotencia e indefensión. Sin embargo, desde mi perspectiva, la respuesta del paciente podía resaltar algo distinto. Le habían hecho algo que no correspondía que le hicieran, porque tratarse de un chico. Y el reclamo estaba dirigido a los adultos.

Por ello, la “llave maestra” para comprender su dolor la aporta la analista con el recuerdo de su infancia. Una posible traducción de esa evocación sería la siguiente: “Si cuando fuiste chico la relación con tu padre te dio herramientas para triunfar, seguirás teniendo psíquicamente ese vínculo como un equipamiento propio, con el cual vas a terminar deviniendo un *ganador*”.

Visto de este modo, la analista, en contacto sensible con su paciente, tuvo el registro (porque su sujeto inconsciente devenido analista se lo hacía saber a través del recuerdo de la infancia) que el desconsuelo de su paciente estaba relacionado con el vínculo con el padre. Vínculo que él sentía que se había lesionado por la reciente separación entre sus padres. Efectivamente, tanto el episodio con el director del colegio, como sus problemas de conducta, habían seguramente preanunciado que eran sus “llamados a un padre”.

Pero, lo que me parece fundamental remarcar, es el aporte confirmatorio que nos ofrece la analista con el recuerdo de su niñez.

¿Qué es entonces el *enactment* en este caso clínico? Si partimos de la existencia de que todos portamos un sujeto inconsciente en devenir, se estaría denominando *enactment* a la aparición en acto, durante la sesión, de nuestro sujeto inconsciente devenido analista. Es quien nos da información del estado psicológico-emocional de nuestros pacientes, de una cualidad diferente del que nos puede dar el marco teórico al que adscribimos. Ya que, en el primer caso es

vivencial y subjetivo, mientras que en el segundo es conceptual y teórico.

El sujeto inconsciente en dos ejemplificaciones clínicas

Leandro y Hernán

La rectificación con posterioridad {Nachträglich} del proceso represivo originario, la cual pone término al hiperpoder del factor cuantitativo, sería entonces la operación genuina de la terapia analítica. (Freud, 1937:230)

Con la finalidad de ubicar clínicamente al “sujeto inconsciente” voy a exponer dos casos clínicos.

Leandro

-La siguiente es una síntesis del padecimiento que un paciente expuso en su primera entrevista, razón por la cual pedía la consulta. Leandro tenía 25 años y la apariencia de un “nene grande”. Se sentía mal consigo mismo porque había sacado dinero del lugar donde trabajaba, y lo que sentía como más criticable era que le había robado a un amigo, quien le había ofrecido una tarea remunerada porque Leandro estaba desocupado y sin ingresos.

En la entrevista decía desconcertado:

“Lo había hecho en los cuatro trabajos que tuve y nunca antes había afrontado la situación. Siempre dije que no había sido yo. Me estoy cagando toda mi vida. No puedo decir no a nadie, ni a mí mismo. Para tapar un pozo me meto en un quilombo” [\[23\]](#)

Sus robos eran para pagar las tarjetas de crédito, con las que gastaba más dinero del que luego podía afrontar.

Agregó luego que en la niñez se llevaba golosinas sin pagarlas de un quiosco cercano a la casa. El padre, que sabía lo que ocurría, no le decía nada y a fin de mes pagaba la cuenta que el encargado del quiosco le extendía. También, ya adolescente, conseguía irse de los supermercados comiendo chocolates sin pagarlos. Atravesaba la línea de cajas dando a entender que no había comprado nada, con lo que terminaba burlándose tanto de los cajeros, como del personal de control, en sus propias narices.

No era la primera vez que hacía una consulta psicológica. La primera había sido a los 7 u 8 años de edad, porque “*me hacía encima, me ensuciaba*”, mencionó. Este último dato, junto con el motivo de consulta y las anécdotas que había relatado, posibilitan construir una primera hipótesis sobre su problemática. Leandro padecía la insistencia de un rasgo infantil que hacía síntoma en un paciente adulto. Seguía “*haciendose encima*”, robándoles a otros. Las palabras del paciente “me estoy cagando toda mi vida”, eran suficientemente elocuentes.

Era dable pensar que el Leandro grande “le prestaba el cuerpo” a aquel niño encoprético que seguía siendo en su inconsciente. (“No puedo decir no a nadie, ni a mí mismo”). Visto desde esta perspectiva, al mantenerse la fantasmática de base el paciente parecía haber transformado la encopresis de su infancia en un rasgo de carácter.

¿Cuál sería la *operación genuina* en un tratamiento analítico de Leandro?

La creación de un dispositivo analítico debiera albergar la repetición transferencial de robo, como puesta en acto o como despliegue fantasmático, en relación con la situación analítica. Analista y paciente podrían abrir de ese modo la problemática

edípica en la que la reiteración sintomática parecía estar enclavada, transitando en la transferencia los múltiples entrecruzamientos de sentido de su encopresis actualizada.

Leandro, habilitado entonces para cuestionar el punto de goce de su funcionamiento, estaría en condiciones de “mudarse subjetivamente” del niño encoprético que subsistía en su inconsciente. Dicha mudanza sería consecuencia de apropiarse subjetivamente [24] del “hacer distinto del analista” en relación con los diques de la analidad [25]. Se trataría esta vez de instalar una función de interdicción, que fue aparentemente fallida en su momento. (“mi papá pagaba después la cuenta que el quiosquero le llevaba”). Es así como entiendo la frase: La rectificación con posterioridad {Nachträglich} del proceso represivo originario (...), que figura como epígrafe.

Por último, el modo que Leandro tenía de atravesar la línea de cajas en los supermercados era seguramente la escenificación de su fantasma encoprético. En tanto las cajas regulan cómo y cuándo está permitido pasar, parecían tener para Leandro el valor de un esfínter. Por tal razón, parecía poner en escena un momento encoprético, acompañado del sentimiento de burla y triunfo sobre quienes detentaban una función de control. En especial, la escena permite tener una cierta noción de por qué Leandro tenía un sentimiento de tanta degradación de sí mismo. Era él, por identificación, quien ocupaba el lugar de las heces. [26]

Hernán

Se trata del material clínico de un paciente tratado por mí hace dos décadas.

Hernán me había consultado a mediados de los 90 para iniciar un tratamiento analítico porque tenía problemas matrimoniales. Estaba casado con Marta hacía 16 años. Tenían dos hijos jóvenes, un varón adolescente y una hija en la pubertad. Había trabajado como

gerente en varios laboratorios de productos medicinales de cierto renombre, si bien hacía un par de años que no conseguía ubicarse en el mercado laboral de modo estable. Cuando me consultó realizaba una actividad docente orientada a formar visitantes médicos, por lo que sus ingresos eran muy escasos. Se mantenía gracias a ahorros que pudo conseguir en épocas de cierta prosperidad y a los aportes de Marta, que trabajaba como contadora en un estudio contable con un sueldo mensual.

Luego de las entrevistas iniciales, comenzamos un tratamiento frente a frente, con una frecuencia de dos sesiones semanales. Ya en las primeras sesiones Hernán me había comentado las dificultades que tenía en su matrimonio, y mencionó que en los últimos 12 años mantenía una relación paralela con una mujer a la que llamaba “la polaquita”.

Con cierta preocupación el paciente fue trayendo, cada vez con más intensidad, que mantenía simultáneamente a su vida matrimonial y extramatrimonial lo que fuimos denominando “el circuito de la prostitución y los travestis”. Y, además, a la salida de su trabajo tendía a pasar por algún “Sauna” para tener una relación genital fugaz o para que le practicaran sexo oral. Eso lo tranquilizaba de las ansiedades e inquietudes laborales diarias y le permitía “volver a casa sedado”.

A los dos meses de iniciado el tratamiento, y a raíz de que el paciente solo se dedicaba a hablar del “tema Marta”, le propuse que utilizáramos el diván. Hernán aceptó mi propuesta sin dificultad. Basé esta indicación presuponiendo que, al tener sesiones frente a frente, el mismo encuadre podía potenciar un clima coloquial y anecdótico. De todos modos, a pesar de la modificación, su actividad en las sesiones se asemejaba a la del *paciente del discurso ininterrumpido*. Según él mismo decía, podía discurrir horas al dar una clase, capturando a la audiencia, con lo que conseguía que no le hicieran preguntas sobre el tema.

De todos modos, además del “tema Marta”, Hernán tenía la clara intuición que debía hacer algo con lo que sucedía en su vida. Tenía muy pocos ingresos, y a pesar de ello durante los últimos años se vestía a la mañana “como un gerente”, aquel que había sido en algún momento; deambulaba por el microcentro sin rumbo hasta que se instalaba frente a una computadora y se dedicaba horas a ver pornografía por internet.

En el ínterin, en sus sesiones se intensificó el análisis de la compulsión a transitar el circuito de la prostitución y, en particular, el tema de los travestis. Se daba cuenta que todo había tomado un camino cada vez más degradante y de riesgo legal. No solo por el tipo de personaje con el que se apareaba sexualmente, sino también porque con mayor frecuencia buscaba jovencitas, menores de edad, para que le practicaran sexo oral en el auto.

Los travestis lo excitaban mucho, decía, aunque nunca los pensaba como hombres. Si bien en varias oportunidades había tenido como ocurrencia mientras los penetraba, “toma, te rompo el culo”. Tal situación le había hecho acordar que, en los juegos de chicos, al que perdía le decían “salí, culeado”.

En esa época tuvo un sueño, en que le pasaba un brazo por el hombro a un hombre que no conocía. Le hacía una caricia en el traste y con el tacto se daba cuenta que era “la cola de la polaquita”. ¿Tendría que asumirse con esa inclinación sexual? ¿Será que le gustaban los hombres?, se planteaba con el sentimiento de algo ajeno y familiar al mismo tiempo.

También recordó que un grupo de amigos le habían mencionado que un exsocio suyo era homosexual. Hernán se sintió muy sorprendido porque nunca lo había visto ni pensado de ese modo. ¿Sería por la propia homosexualidad negada?

Evocó una noticia aparecida en el diario. Un hombre, al que habían puesto preso, fue violado por un grupo de reclusos, luego de

lo cual el violado se había vuelto loco. Si a él le pasaba algo así, comentó, suponía que los podría llegar a matar.

¿Pero qué significaba este tema tan reiterado? ¿Por qué la atracción por los travestis? Eran interrogantes que insistían de modo enigmático. Sin embargo, era para él evidente que cuanto más aparecía el tema en su análisis, menos se sentía presionado por la compulsión. [De hecho, unos meses más tarde, el circuito de la prostitución y los travestis se terminó desactivando por completo].

Más adelante en sus sesiones había traído una serie de sueños que lo inquietaban. En uno iba a tocarle los genitales a su hija siendo chiquita, pero la angustia lo había despertado. Otro sueño lo mostraba yendo y viniendo por un pasillo, una y otra vez, de modo agotador, de los que se despertaba extenuado. En uno siguiente le estaba haciendo sexo oral a Marta y también se había despertado agotado por la reiteración. El sueño, en su totalidad, consistía solo en eso, si bien era una actividad que duraba horas.

Hernán, en una sesión posterior volvió a mostrarse fuertemente anecdótico. Lo dejé hablar un rato y luego le dije que lo había escuchado, pero no se me ocurría nada para decirle. Me respondió que se daba cuenta que estaba relatando, pero que no podía hacer otra cosa. Me dijo: “Me resulta difícil separar la paja del trigo”. Entonces intervine diciendo: “Ahora sí se me ocurre qué decirle, se está haciendo la paja en la sesión. Algo que los sueños de reiteración ya habían preanunciado.” Se produjo un silencio tenso.

Lo había sorprendido la aparición de un recuerdo. Siendo adolescente, de 17 o 18 años, se veía jugando con unos chicos de 3 o 4 años, hijos de vecinos del barrio que se quedaban en la casa con él. Recordó haberlos toqueteado. Les proponía jugar al doctor y les hacía bajar los pantalones, a partir de lo cual les apoyaba los genitales en el traste, pero nunca los había penetrado. Ese “jugueteo” lo hizo un par de veces, y lo dejó de hacer porque pensó que podía traerle consecuencias a él o a los chicos.

¿Había sido él abusado de chico?, se preguntó seguidamente, y recordó escenas en el jardín del frente de la casa de la abuela en donde había grandes plantas de jazmines. Allí jugaba con su hermano y un chico más grande, un adolescente de enfrente. Pero en un momento su madre, con mucho enojo, no había querido que el vecino volviera a jugar con ellos. Fue después de que ocurriera un episodio frente a la familia: al ver que el caño de desagüe de uno de los techos derramaba un chorro de agua, había dicho riendo: “parece el pichí de Jorge Bullo”.

¿Será que fue abusado por Jorge Bullo en alianza con su hermano mayor, que tenía la misma edad que aquél? No podía recordar nada de ello, pero siempre tuvo la impresión de que algo así pudo haber ocurrido.

A la sesión siguiente trajo un sueño:

“Estaba teniendo sexo con una mujer mayor, que estaba muy seca. Luego se transformaba en Marta, que estaba sumamente lubricada. En ese momento ella tenía una enorme deposición fecal líquida. Él decía que no le importaba, que quería terminar.”

En una sesión posterior, a propósito de la temática de abuso infantil se acordó de que a la hija de unos vecinos, una chiquita de 4 o 5 años, la llevaba la mucama a su propia casa. La niña, en una oportunidad, había aparecido con un herpes genital, razón por la que sospecharon que la pudo haber contagiado un adulto, sin penetrarla, frotándola contra el cuerpo al masturbarse con ella.

Breves comentarios acerca del material clínico

Un primer comentario está referido a la actividad del paciente en las sesiones y su relación con la regla fundamental.

Hernán con su actividad fuertemente anecdótica y claramente defensiva tendía a controlar la emergencia de elementos imprevistos por él. Parecía creer que analizarse era pensar acerca de los

problemas, a los cuales recurría una y otra vez, con lo que terminaba siendo un paciente que hablaba todo el tiempo, pero siempre de lo mismo. Lo cierto es que de ese modo conseguía mantener paralizada la actividad analítica, que resultó un indicio de la consecuente inmovilidad inconsciente. Los sueños de reiteración ejemplificaban claramente esta situación: iba y venía por un mismo pasillo o realizaba una actividad sexual que “duraba horas”.

Un momento clave, que implicó un pasaje en su producción, ocurrió cuando el paciente dijo no “poder separar la paja del trigo”, frente a lo cual pude decirle que “se estaba haciendo la paja en sesión”. Se trató de una escena transferencial, configurada por su modo de hablar, en la que *se estaba masturbando activamente con mi oído*. Era la repetición de una situación de abuso infantil dramatizada en acto, que el paciente realizaba sin tener noción de ello (y yo tampoco) hasta que se abrieron paso los recuerdos.

La temática del abuso se profundizó con la evocación de episodios de edades anteriores a su adolescencia, en los que Hernán intuía que pudo haber sido él objeto de abuso infantil por parte de su hermano mayor y un vecino. “Un niño abusado por un grande”, siguió insistiendo en el material. Si bien, como parte del procesamiento inconsciente, era ya otro el protagonista en juego: la niña con el herpes genital.

Es de particular interés lo que sucedió a nivel de su actividad onírica. De los sueños reiterativos y extenuantes, pasamos a contactar con una producción que suponía una intensa elaboración inconsciente. Me refiero al sueño de la relación sexual con una mujer que estaba muy seca, que se transformaba en Marta sumamente lubricada. A mi entender la lubricación del sueño expresaba en lenguaje onírico que la actividad analítica había comenzado a tener movilidad, bajo la forma de un despeño incontenible, y confirmaba la emergencia en las sesiones de un material que nos inundó de analidad y abuso.

Los puentes entre los episodios evocados en sesión y el “circuito de la prostitución y los travestis” condicionaron la desaparición de la impulsividad sintomática. Hernán tenía un sentimiento de grato asombro frente a que la actividad impulsiva de tantos años había dejado de existir, casi sin que se lo propusiera. Simplemente, decía, “ya no lo tengo más en la cabeza”. Mi modo de entender tal modificación en su vida coincidía “a la letra” con lo que expresaba el propio paciente. Funcionaba en él en calidad de compulsión, subsidiaria de una escisión del Yo. Era desde tal escisión que se ponía en acto la situación de abuso infantil, ubicado Hernán en el lugar del “adulto abusador”. La compulsión, al mismo tiempo que perpetuaba la situación vivida en la infancia, conseguía enmascararla.

La tarea analítica, al revelar la puesta en acto transferencial del abuso (*agieren*) y permitir el acceso a los recuerdos, nos dio la posibilidad de solucionar la escisión. Es en este sentido que coincidía con el paciente “a la letra”: Hernán ya no la tenía más en su “cabeza escindida”.

El hallazgo freudiano y su potencia en la clínica actual

La tarea clínica con Hernán muestra una situación un tanto diferente a la que describe Freud acerca de la aparición de la compulsión repetitiva en los análisis.

La *compulsión de repetición* y su relación con la transferencia es la temática que se propone dilucidar Freud en el capítulo III del texto *Más allá del principio de placer* (1920). Voy a transcribir el fragmento en el que ubico su meollo conceptual.

Eliminamos esta oscuridad poniendo en oposición, no lo consciente y lo inconsciente, sino el yo coherente y lo reprimido. (...) Tras sustituir así una terminología descriptiva por una sistemática o dinámica, podemos decir que la resistencia del analizado parte de su yo; hecho esto

advertimos que hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconsciente. Parece probable que la compulsión pueda solo expresarse después que el trabajo analítico recorrió la mitad del camino para encontrarla (y la represión haya cedido de intensidad) [27] (Freud, 1920:19-20)

Postula, en el párrafo que he subrayado, la forma clásica en que aparecería la compulsión de repetición en un tratamiento, al analizar los síntomas de un paciente.

Renglones más abajo, ubica la relación existente entre la compulsión de repetición y el principio de placer, momento en el cual tenemos la posibilidad de conocer cómo define dicha compulsión: “Ahora bien ¿qué relación guarda con el principio de placer la compulsión de repetición, la exteriorización forzosa de lo reprimido?” (1920, p.20) [28]

Hernán, a diferencia de lo que Freud explica, repetía en su vida la posición de abusador tanto a nivel matrimonial y laboral, como en el circuito de la prostitución y los travestis. ¡Y por lo visto desde el comienzo del análisis, también en la relación conmigo en sesión!

Sin poder atenerse a la *regla fundamental* [29], ponía en acto con su modo de hablar un sector escindido de su personalidad. Recién después que esto fue captado y señalado en las sesiones, aparecieron en el análisis los recuerdos de su adolescencia.

Hernán encarnaba en su vida el personaje activo del par *niño abusado/adulto abusador*, que evoca el primer intento de dominio pulsional que Freud menciona en el juego infantil del “*fort-da*”. Le hacía padecer activamente a otro lo sufrido pasivamente. La posición sexual pasiva, que retornaba en la clínica a través de sus múltiples cavilaciones sobre si era o no homosexual, quedó enmascarada por el pasaje a la posición activa que se repetía compulsivamente.

Post scriptum y el Trabajo del análisis

Dos años y medio después de iniciado el tratamiento, el paciente se había estabilizado. Continuaba la relación con “la polaquita”, a quien ya llamábamos por su nombre Graciela. Seguía viajando por la actividad docente que realizaba en la formación de visitantes médicos, si bien el tema laboral y sus posibilidades de ingresos habían tomado primacía en las sesiones.

Al volver de uno de esos viajes en una sesión relató lo siguiente:

Había estado dando un curso en una ciudad de la Provincia de Buenos Aires, y ya de regreso pasaba con el auto por una de las plazas. Allí vio a una mujer caminando por la plaza, con un chico de unos 10-12 de la mano. En ese momento pasó un hombre en bicicleta, que al verlos se les acercó con mala cara y pareció decirles algo. La mujer le soltó la mano al chico y se alejó quedándose de espaldas a ellos. Entonces el hombre metió una mano dentro del pantalón púber y lo empezó a masturbar. Después de un momento la mujer, que parecía la madre del chico, le gritó algo al hombre quien sacó su mano del pantalón púber y se fue en la bicicleta. La mujer tomó de la mano nuevamente al chico y se fueron caminando.

Hernán me dijo que se quedó paralizado frente a esa escena. Pero que después tuvo tal acceso de rabia que de haber podido se habría acercado al hombre de la bicicleta y le hubiera pegado con un hierro en la cabeza.

Mi interpretación de ese relato de Hernán fue la siguiente:

“Pareciera que, en algún momento de su vida, quizás en su pubertad, el *perverso* se le interpuso en su vida. Y por lo que me acaba de decir, pareciera que recién ahora usted está retomando nuevamente su camino”.

Sobre Leandro y Hernán. El sujeto inconsciente y la compulsión repetitiva

Ambos pacientes desplegaban en la vida de relación, sin saberlo, sus temáticas inconscientes. Diagramaban escenas en las que hacían partícipes a otros: Leandro sacando dinero en los trabajos o robándole a un amigo. Hernán a través del circuito de la prostitución y los travestis.

Estas escenas, una vez ubicados los pacientes en un proceso analítico, iban a plantearse inexorablemente en la transferencia. Ahora bien, en tanto concibo que la reiteración sintomática está llevada a cabo por un sujeto inconsciente que insiste en informar acerca de su estado, afirmo que la repetición compulsiva tiene como fin último ser resuelta con la terapia analítica [\[30\]](#).

Remarco, de este modo, el sentido prospectivo que le asigno a la *compulsión de repetición*. Sabemos que “Más allá del principio de placer” señala el pasaje de la primera tópica a la segunda, con el ingreso de la pulsión de muerte a la teoría. Pero también, como Freud define la compulsión de repetición: “la exteriorización forzosa de lo reprimido (...) que la cura pretende poner a su servicio (...) pero es ganada por el bando de Yo que se aferra al principio de placer para evitar contactar con una herida narcisista.”

Con lo cual, ya no se repite solo para reiterar un placer vivido con antelación, sino que una fuerza obliga a ello, aunque la situación a repetir no sea placentera.

Arribamos así a un cruce de caminos, con consecuencia teórico-clínicas inevitables. Si optamos por el camino iluminado por la pulsión de muerte, nos dirigimos hacia el masoquismo. Al elegir en cambio la dirección del sujeto inconsciente que propongo, nuestro punto de arribo es la des-identificación, con la consecuente mudanza subjetiva. Por el resultado de mi clínica con Hernán, que

expuse, opto por el sujeto inconsciente que anhela un despliegue, que es la razón de base por la que se hace la consulta a un analista.

Sobre La Eficacia Psicoanalítica [31]

El interrogante sobre la eficacia del psicoanálisis, tal como lo mencioné en mi “Estudio sobre el concepto de *agieren*”, fue enunciado claramente por André Green a través de la frase ¿De qué se trata?, en su conferencia de Milán. Desde mi perspectiva retomaba así una reflexión de Lacan (Lacan, 1977), en el Seminario 24, ya al final de su obra:

“Todavía estoy para interrogar al psicoanálisis sobre la manera en que funciona. ¿Cómo es que constituya una práctica que incluso es algunas veces eficaz?”

Aunque lo cierto es que la pregunta sobre la eficacia clínica del psicoanálisis estaba vigente en las ideas del propio Freud, desde una etapa muy inicial. Tiene valor, en ese sentido, la frase que James Strachey incluye en la Nota introductoria, de *Análisis terminable e interminable*, donde Freud le decía a Wilhelm Fliess, en la Carta 133 del epistolario, lo siguiente.: “La conclusión asintótica de la cura a mí me resulta en esencia indiferente; decepciona más bien a los profanos”. (Freud, 1950 [1895])

Esta posición sobre la cura la expresaba también en trabajos sobre técnica, en los finales de su obra, donde no dejaba de denotar cierto escepticismo sobre la eficacia del psicoanálisis.

Por ejemplo, en *Recuerdo, repetición y elaboración* (Freud, 1914) lo decía de la siguiente manera:

En esas circunstancias el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado. (...) En la práctica, **esta**

reelaboración de las resistencias puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el médico. (p.157) [32]

También, en Análisis terminable e interminable (Freud, 1937), remarcaba lo siguiente: “De los tres factores que hemos reconocido como decisivos (los traumáticos, la consideración cuantitativa y las alteraciones del yo) nos interesa aquí sólo la del medio, la de las pulsiones.” (p. 227). Y concluía sus ideas de este modo: “La rectificación con posterioridad (nachträglich) del proceso represivo originario, la cual pone término al hiper poder del factor cuantitativo, sería entonces la operación genuina de la terapia analítica.” (p.230)

A su vez, en tanto el punto de referencia era la dualidad pulsional, al cuestionamiento de la eficacia clínica se sumaba la pulsión de muerte.

Por otra parte, pugnan contra nosotros la transferencia negativa, la resistencia de represión del yo (vale decir, su displacer de exponerse al difícil trabajo que se le propone), el sentimiento de culpa oriundo de la relación con el superyó y la necesidad de estar enfermo anclada en unas profundas alteraciones de la economía pulsional. (Freud, S. (1940 [1938]:181)

Luego de ofrecer esta apretada síntesis de la posición de Freud, referida a la cura analítica, me importa remarcar que aún en la actualidad el interrogante sigue siendo un tema pendiente. A tal efecto, les propongo considerar lo que dice Juan David Nasio en su último libro:

Esta pregunta que nos hacemos después del último apretón de manos y una vez que la puerta se ha cerrado tras esa persona que ya no será más nuestro paciente es la siguiente: ¿qué pasó para que ahora esté bien? Al final

de cada terapia que alcanza el éxito, me hago siempre la misma pregunta y nunca puedo responderla cabalmente.

Así el mejor lema que puede adoptar un psicoanalista se inspira en el célebre adagio de Ambroise Paré: “Yo lo asistí, Dios lo curó”. De esta manera quisiera proponerle el aforismo que me guía: ***Yo escucho a mi paciente con toda la fuerza de mi inconsciente como psicoanalista, pero es lo Desconocido lo que lo cura.*** (Nasio, 2017:146) [\[33\]](#)

No dejo de considerar que a esta altura del planteo del problema y con los autores citados, incluido Freud, ofrecer una postulación sobre la eficacia clínica del psicoanálisis tiene una particular relevancia.

Y es lo que intentaré dar a continuación.

En principio, a diferencia del sujeto del inconsciente, de raigambre freudo-lacaniana vinculada a la pulsión sexual, propongo otra noción, que denomino <<Sujeto inconsciente>>. Sostengo que estamos habitados por un “sujeto en devenir”, que esta obstaculizado en su despliegue. Lo considero en línea con el Spaltung freudiano, en tanto división de la personalidad psíquica, y también con la noción de verdadero self propuesta por Winnicott.

Desde el punto de vista clínico, si bien los pacientes pueden no tener plena conciencia de ello, considero que los analistas somos convocados como especialistas en detectar y saber remover los obstáculos que impiden el despliegue del sujeto inconsciente. Tal como lo expuse en la segunda mitad de la secuencia gráfica *Mismidad y otredad, categorías teóricas de una metapsicología ampliada* (Krakov, 2018), tal como consta en mi página web, nuestro mundo mental no incluiría solo objetos, como el marco psicoanalítico general propone. Sino que, como una ampliación de la

metapsicología clásica, los otros se inscribirían también en la vida psíquica en su condición de tales.

De ese modo, el contenido de lo mental estaría conformado por escenas en las que el sujeto y los otros serían habitantes naturales, y protagonistas de lo psíquico, por derecho propio. Son nuestros otros significativos los que nos ubican en un “lugar” como sujetos, lo cual supone tanto subjetividad como sujeción a ellos. La instalación “en exceso”, en dichos lugares, implicaría estar anclado a una posición sujeto y a determinados otros. Se trata de nuestra posición en el mundo, desde el cual le otorgamos sentido a los intercambios intersubjetivos.

Desde la perspectiva vincular que estoy utilizando, pienso la repetición como consecuencia y efecto, de los anclajes subjetivos. Son un pensar y actuar, de modo sistemático, desde un “lugar”. El sujeto inconsciente está siempre activo, y tiende a dirimirse en las relaciones interpersonales. Por esa razón, cuando un paciente comienza un análisis, el sujeto inconsciente se concentrará en el vínculo con el analista. Tenderá a hacerse presente a través del “proceso analítico”, desde el cual nos “hablará” con su decir y hacer en sesión. No será en forma estática sino dinámica, al estilo de un carrusel. Concibo que es de ese modo que el psicoanálisis “trabaja”, ya que, en función de las propuestas que los pacientes nos hacen, a veces nos tocará encarnar a alguno de los otros significativos, y otras al propio sujeto.

La tramitación psíquica en un análisis se realizaría en dos tiempos. Inicialmente, se hará a través de actos transferenciales con el analista. Y, recién en un segundo momento, se podrá abarcar lo puesto en acto a través del pensamiento reflexivo. Las escenas que se repiten en transferencia tienen argumentos y personajes, por lo cual la precondition para el cambio psíquico ocurrirá cuando los pacientes, encarnando al “otro” de la repetición insistente, nos ubiquen en “su lugar” de la escena original.

La modificación psíquica va a ser efecto de la apropiación subjetiva que el paciente realice de un determinado “hacer” del analista, diferente de la actitud que el paciente tuvo en su momento, en el que se instaló vivencialmente la escena repetitiva. El apropiarse de este “hacer distinto” del analista, va a condicionar que el paciente se des identifique del otro, que estaba vigente en su vida psíquica. El desanclaje y la mudanza que conlleva, permitirá que la escena se desarticule y pierda vigencia. Remarco que esta apropiación no es una nueva identificación, esta vez con el analista. Se trata, bajo el efecto transferencial, que el paciente consiga desanclarse del lugar al que quedó sujeto por estar identificado con el otro significativo, desde el cual participaba en la escena.

Subrayo un aspecto central a considerar. Los pacientes no están en condiciones de realizar una mudanza subjetiva por cuenta propia. Por ejemplo, reflexionando sobre su anclaje, o a través de comprensiones desde el proceso secundario. Lo considero así porque la escena incluye también al otro, razón por la cual va a ser necesario que se “encarnen” ambos personajes. El “hacer del otro”, en este caso el analista, para desactivar la repetición y favorecer la mudanza subjetiva tiene un valor fundamental.

Para concluir, postulo que el cambio psíquico se realizará en transferencia, a través de un determinado “hacer” del analista. Y que el paciente debiera poder apropiarse de este actuar diferente, en “escena”, al servicio de la mudanza subjetiva.

¡Estoy convencido que en eso consiste un psicoanálisis clínicamente eficaz!

Notas al pie

1. Una versión acotada de este trabajo se publicó, con el mismo título, en la Revista de Psicoanálisis, nº3, Volumen LXVII. 2010.

Buenos Aires. Y en la Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 43. Nro. 1. Junio del 2018. Bogotá. Colombia.

2. El resaltado en negrita me pertenece.

3. El resaltado en negrita me pertenece.

4. El resaltado en negrita me pertenece.

5. El resaltado en negrita me pertenece.

6. El resaltado en negrita me pertenece.

7. El resaltado en negrita me pertenece. Su traducción del subrayado, del inglés al español, es la siguiente: “No creo, como Freud, que eso pueda ser tomado como una mera repetición de una actitud homosexual hacia el analista, que es usada como una resistencia. Estoy impresionado por el hecho que lo que Freud describe aquí ha sido también encontrado por la Escuela Psicósomática de París, con pacientes psicósomáticos que sufren de limitaciones en su funcionamiento mental. Parece que estamos frente a la misma situación: un defecto temporario del funcionamiento psíquico”.

8. El resaltado en negrita me pertenece.

9. Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a quienes me ayudaron en la elaboración de este Estudio. A mis colegas, los Drs. Simón Deligdisch (APdeBA) y Juan Carlos Weissmann (APA), de quienes obtuve la traducción de las referencias ubicadas en la G.W. Y al Al bibliotecario de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Diego Baracat.

10. Contiene el Índice alfabético de materias, como ocurre con el tomo 24 de la SE y de AE.

11. Gesammelte Werke (chronologisch geordnet) insgesamt XVIII Bände (tomos), I-XVIII. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1999.

12. Las correlaciones con los textos de la SE y AE figuran como Nota Final 2 para evitarle al lector la aridez que toda compulsión bibliográfica implica, y permitir la lectura fluida del cuerpo central del trabajo.

13. Las itálicas son del original.

14. Las itálicas son del original.

15. Las itálicas son del original.

16. Los datos del paciente están suficientemente deformados para preservar el anonimato de su identidad.

17. Es una función que ejercen miembros laicos, habilitados para ofrecer la hostia a los fieles que comulgan durante la misa.

18. Es el título de la película que dirigió Woody Allen, protagonizada por Mia Farrow y Jeff Daniels como actores principales. Ella es una camarera que vive en un suburbio de New Jersey, con un marido tosco y haragán. Su único momento de felicidad ocurre cuando va al cine a ver sus actores y actrices favoritos. Ve “La rosa púrpura del Cairo” una y otra vez, hasta que el actor principal sale de la pantalla para encontrarla.

19. El resaltado en negrita me pertenece.

20. El pie de página es coincidente con el de AE. Incluí el texto en inglés con cierta extensión, así como el subrayado, porque André Green hizo en sus últimas producciones un desarrollo sobre la temática de la alucinación, apoyándose en esa frase. Sin embargo, en Recordar, Repetir y Reelaborar, al que hace referencia Strachey, *la capacidad del inconsciente para la alucinación* no tiene para

Freud un sentido literal, como sí parece tenerlo para Green. De todos modos, introducirnos en este apasionante problema excede el marco de este *Estudio*.

21. El resaltado en negrita me pertenece.

22. El resaltado en negrita me pertenece.

23. En lenguaje coloquial, a una persona que actúa como Leandro, robándole a un amigo que le ofreció trabajo para ayudarlo, se lo denomina un “cagador”.

24. Es posible que, en terminología kleiniana, se pueda denominar este proceso como una “identificación introyectiva”, si bien no se trata del mismo fenómeno.

25. Esta terminología se aclara en el Anexo 2.

26. Para decirlo en lenguaje anal, se sentía “una mierda”.

27. He traducido la última oración del trabajo de Freud publicado en The Standard Edition, ya que desde mi perspectiva aclara el concepto, en comparación con la edición en idioma castellano. La versión original del inglés dice: *“It seems probable that the compulsion can only express itself after a work of treatment has gone half-way to meet it and has loosened the repression”* (pág 20). El subrayado es mío

28. En la Standard Edition la frase dice: “But how is the compulsion to repeat-the manifestation of the power of the repressed-related to the pleasure principle?” cuya traducción al español sería: Pero ¿cómo está la compulsión de repetición- la manifestación del poder de lo reprimido-relacionada con el principio de placer?

29. El episodio clínico remarca la importancia del respeto que los analistas debemos tener por la conformación del dispositivo

analítico, y la necesidad de que los pacientes, a su vez, lo entiendan claramente y compartan con nosotros su cuidado.

[30.](#) Freud lo concibe como el pasaje de la neurosis común a una neurosis de transferencia. D. Meltzer llama a este proceso “recolección de la transferencia”, que se produce espontáneamente, si el analista no interfiere.

[31.](#) Publicado en Psychoanalysis.today (2019). [e-Journal de la IPA]

[32.](#) El resaltado en **negrita** me pertenece.

[33.](#) Tanto la **negrita** como la *itálica* son del original.

~BIBLIOGRAFÍA~

-Borensztein, C.L. (2009) “El enactment como concepto clínico convergente de teorías Divergentes”. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. Tomo LXVI. Número 1. Buenos Aires. Argentina.

-Busch, F. (2009) “¿Es posible hacer pasar un camello por el ojo de una aguja? Reflexiones sobre la forma en que nos habla el inconsciente”. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. Tomo LXVI. Número 1. Buenos Aires. Argentina.

-Cassorla, Roosevelt M. Smeke. (2019) “Del Baluarte al Enactment: El No- Sueño en el Teatro del Análisis” *Revista de Psicoanálisis*. Volumen LXVII, 1, p.137-161. Buenos Aires, Argentina.

-Freud, S. (1999) *Gesammelte Werke (chronologisch geordnet) insgesamt XVIII Bände (tomos), I-XVIII*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

-Freud, S. (1890). “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” En *Obras Completas*. Volumen I. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina. 1978.

-Freud, S. (1893-95). “Estudios sobre la histeria” (Breuer y Freud). En *Obras Completas* Volumen II. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina. 1978.

-Freud, S. (1950 [1895]). “Proyecto de psicología” En *Obras Completas*. Volumen I. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina. 1978.

-Freud, S. (1896). “La etiología de la histeria” En *Obras Completas* Volumen III. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina. 1978.

-Freud, S. (1905 [1901]) “Fragmento de análisis de un caso de histeria” En *Obras Completas* Volumen VII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra. 1953.

-Freud, S. (1905). “El chiste y su relación con lo inconciente” En *Obras Completas*. Volumen VII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Freud, S. (1912). “Dinámica de la transferencia” En *Obras Completas*. Volumen XII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Freud, S. (1914). “Recordar, repetir y reelaborar” En *Obras Completas*. Volumen XII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Freud, S. (1915a). “Lo inconciente” En *Obras Completas*. Vol. XIV. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina. 1978.

-Freud, S. (1915b). “Pulsiones y destinos de pulsión” en *Obras Completas*. Vol. XIV. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 1978.

-Freud, S. (1920). “Más allá del principio placer” en *Obras Completas*. Volumen XVIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Freud, S. (1926). “¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial” En *Obras Completas*. Volumen XX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Freud, S. (1937). "Análisis terminable e interminable" en *Obras Completas*. Volumen XXIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina. 1978

-Freud, S. (1939 [1934-38]). "Moisés y la religión monoteísta" en *Obras Completas*. Volumen XXIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Freud, S. (1940 [1938]). "Esquema del Psicoanálisis" En *Obras Completas*. Volumen XXIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina, 1978 y la Standard Edition. Londres. Inglaterra, 1953.

-Green, A. (1993). "¿Una sesión interactiva?". *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. Nro. 50 (4/5). Buenos Aires. Argentina.

-Green, A. (1996). *La metapsicología revisitada*. Eudeba. Buenos Aires. Argentina.

-Green, A. (1998-1999). "La representación y lo irrepresentable". *Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina*, Nro. 6. Buenos Aires. Argentina.

-Green, A. "Repetition compulsion and the pleasure principle". Special lecture for the Berlin IPA Congress. (Julio del 2007). Berlín, Alemania.

-Krakov, H. (2001) *La pareja y sus anudamientos. Erotismo-Pasión-Poder-Trauma*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

-Krakov, H. (2007) "El hallazgo freudiano y su potencia en la clínica psicoanalítica actual". *Revista Psicoanálisis, APdeBA*, Nro. 1, Vol. XXIX. (Publicado también en la *Revista SERPIDI*. "Narcisismo e mentalizzazione". Febrero del 2010. Roma, Italia).

-Krakov, H. (2008). "Acerca de la noción de mudanza subjetiva. Exploración conceptual desde una metapsicología ampliada".

Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Vol. XXI. Nro. 1. Buenos Aires, Argentina.

-Krakov, H. (2010) "Estudio sobre el concepto de *agieren*". Revista de Psicoanálisis, N°3, Volumen LXVII. 2010. Buenos Aires, Argentina. [Y en la Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 43. Nro. 1. Junio del 2018. Bogotá. Colombia.]

-Krakov, H. (2015). *Anclaje subjetivo en pacientes tratados psicoanalíticamente en pareja*. Tesis doctoral. USAL. Buenos Aires, Argentina.

-Krakov, H. (2018). *De qué se trata. Una respuesta posible*. Waldhuter Editores. Buenos Aires, Argentina.

-Krakov, H. (2019). "Sobre la eficacia psicoanalítica". Psychoanalysis.today. Blog de la International Psychoanalytical Association.

-Krakov, H. (2019). "Tramitar en acto y cambio psíquico". *Revista Psicoanálisis*, de la Asociación Psicoanalítica Colombiana. Vol. 31. N°.1. Bogotá, Colombia.

-Krakov, H. (2020) "Alegato por un psicoanálisis que cure". *Revista Psicoanálisis*, de la Asociación Psicoanalítica Colombiana. Vol. 31. N°.2. Bogotá. Colombia.

-Krakov, H. (2020) *Psicoterapia desde una perspectiva vincular. Diseño de una guía clínica*. Vergara Ediciones. Buenos Aires.

-Krakov, H. (2020) *Parejas en análisis. Anclaje subjetivo, resistencias de vincularidad, mudanza subjetiva*. Vergara Ediciones. Buenos Aires.

-Lacan, J. (1962-1963). *La angustia. Seminario 10*. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 2006.

-Lerner, H y Sternbach, S. (2007). Compiladores. *Organizaciones fronterizas, fronteras del psicoanálisis*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.

-Paz, C. A. (2007) "Del *Agieren* al Enactment, un siglo de cambios y avances". *Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*. Nro. 50. Madrid, España.

-Sánchez Grillo, M. del Rosario (2004) "El enactment en el análisis de niños" *Revista Psicoanálisis, AP de BA*, Vol. XXVI, N°2. Buenos Aires, Argentina.

-Sapisochin, G. (2007). "Variaciones post-freudianas del *Agieren*: sobre la escucha de lo puesto en acto". *Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, Número 50. Madrid, España.