



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES

LA REPETICIÓN EN LA TRANSFERENCIA Y LA IMPORTANCIA DE LA
ESCUCHA EN LA CURA PSICOANALÍTICA
ANÁLISIS DE UN ESTUDIO DE CASO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PATRICIA CÁRDENAS GONZÁLEZ

TUTORES PRINCIPALES
DIRECTOR: MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
REVISORA: MTRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO SOLÍS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MIEMBROS DEL COMITÉ
DR. JAIME WINKLER, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. SUSANA ORTEGA PIERRES, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. MANUEL ALFONSO GONZÁLEZ OSCOY, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO D.F., MAYO, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por siempre alma mater...

Al programa de residencia en Psicoterapia para adolescentes de la Maestría en Psicología de la Facultad de psicología, especialmente a su coordinadora y querida maestra Bony.

A mi tutor Vicente Zarco.

A Lourdes Téllez por sus acertados comentarios.

A quienes con su historia escriben la nuestra... a los pacientes.

De un invierno largo nació esta historia que hoy cuento, entre algunos vivos y muertos...

Paula Ausente (Fragmento de canción)

Martha Gómez

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Capítulo I. La pulsión de destrucción en la compulsión a la repetición	8
1.1 La pulsión	9
1.2 De la pulsión de destrucción / muerte	12
1.3 Del principio de placer / displacer	15
1.4 Sadismo / Masoquismo	20
1.5 Compulsión a la repetición	31
Capítulo II. La repetición en la transferencia como cura en el proceso analítico	37
2.1 Definición de transferencia	37
2.2 La <i>transferencia</i> en los diferentes momentos de la teoría	41
2.3 El tiempo y el espacio de la transferencia	48
2.4 Los fenómenos de repetición en la transferencia	59
2.5 La cura en la transferencia	67
2.6 La posición contratransferencial	72
Método	75
Viñeta clínica: caso “Diana”	77
Análisis de Caso	101
La compulsión a la repetición y la evidencia de lo reprimido en el <i>acting out</i> de Diana	102
El <i>acting out</i> de Diana en el espacio terapéutico	107
La posición contratransferencial y la importancia de la “escucha de la escucha” en el tratamiento de Diana	112
Conclusiones	117
Referencias	121

Resumen

Con el objetivo de analizar desde un enfoque psicoanalítico, la compulsión a la repetición en la transferencia y la importancia de la escucha en la cura psicoanalítica de una adolescente de 16 años, para lo cual se elaboró una revisión teórica de los conceptos principalmente en la noción teórica de Freud; posteriormente se realizó un análisis clínico del caso. El tratamiento se dio de acuerdo con el método de psicoterapia psicoanalítica que tuvo una duración aproximada de 18 meses, se dio de acuerdo a las disposiciones del *Programa de Atención Psicológica Especializada a Estudiantes (PROAPE)*, de un colegio bachillerato público al sur de la ciudad de México. Finalmente, se relacionó la información recabada en las sesiones con la teoría propuesta.

Se concluye que la compulsión a la repetición en las actuaciones de la paciente fuera y dentro del espacio psicoanalítico son agresivas en sus dos modalidades (auto-agresivas y hetero-agresivas) por lo que se evidencia la pulsión de destrucción como principal motor de empuje en el comportamiento de la paciente. De acuerdo a la historia de la paciente se puede inferir que lo ominoso en sus actuaciones proviene de lo más arcaico en la paciente, en el momento de su concepción y el deseo de los padres.

Por otro lado, la repetición dentro del espacio analítico permitió vislumbrar hacia qué posición transferencial se colocaba a la terapeuta, se puede inferir que en la posición Edípica en donde el enojo y la ira por el rechazo y la indiferencia de los padres se hacía evidente dentro del análisis. La escucha de los sentimientos de la paciente fue primordial para ganarle terreno a la repetición y en su lugar sustituir en la paciente el actuar por el recordar.

De la misma forma la escucha de la posición contratransferencial de la terapeuta fue fundamental para el entendimiento de lo que ocurría ahí, en ese espacio transferencial. A través de la escucha de la escucha de acuerdo a la concepción teórica de Faimberg, permite concluir que las diferentes posiciones

contratransferenciales de la terapeuta (narcisista o Edípica), en los distintos momentos de la terapia con respecto a las actuaciones de la paciente fueron un factor determinante del éxito en la cura psicoanalítica.

Introducción

El presente trabajo cumple con dos objetivos, un objetivo metodológico al que haré referencia más tarde y otro que en términos prácticos se refiere a la finalización simbólica de la preparación como psicoterapeuta de adolescentes que obtuve durante mi formación académica en la Maestría en Psicología, en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología, UNAM. Es por tanto que presentaré un informe de trabajo que represente a groso modo lo que desde mi punto de vista teórico y personal significa el trabajo clínico en psicoterapia con adolescentes.

La *psicoterapia* es de acuerdo con Laplanche y Pontalis¹ un método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utiliza medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo. Desde el comienzo de su elucubración teórica, Freud hacía referencia a la importancia del médico primero como instrumento de sugestión y luego como objeto de la transferencia. Desde este punto de vista la *psicoterapia psicoanalítica* es una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.

La psicoterapia psicoanalítica fue el principal método aprendido durante mis estudios, es desde este marco de referencia que trabajé con varios adolescentes en el PROAPE (Programa de Atención Psicológica Especializada para Adolescentes), el programa está dirigido a estudiantes de un colegio de bachillerato público al sur de la ciudad de México.

¹ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, pag. 324

Siendo principiante en la práctica psicoanalítica me fue referida una adolescente de 16 años, a quien nombraré como Diana, acudió al programa debido a que presencié la muerte repentina y violenta de su novio; este acontecimiento coronó una serie de actuaciones en la vida de la paciente que ponían en constante riesgo su vida. Durante el tratamiento también manifestó algunas actuaciones que despertaron una serie de dudas teóricas y prácticas. El trabajo analítico en las sesiones con la paciente en supervisión y en el propio análisis contribuyeron a dar algunas respuestas, sin embargo no fue sencillo pensar en la paciente y ajustar las lagunas teóricas y metodológicas; el análisis de caso se dio *a posteriori*. Tomé la decisión de exponer el caso de Diana precisamente porque durante su proceso terapéutico surgieron más preguntas que respuestas.

Me enfoqué en las actuaciones de Diana como fenómenos de repetición, por lo que el primer capítulo se refiere a la *compulsión a la repetición* en su mayoría desde la concepción teórica de Freud, el predominio del principio de placer desde *Más allá del principio de placer*; el papel de la pulsión de muerte y de destrucción en la compulsión a la repetición vista desde el sadismo y el masoquismo hasta *Lo ominoso*².

En el segundo capítulo hago referencia al concepto de *transferencia* en los diferentes momentos en Freud y cómo otros psicoanalistas conciben los fenómenos transferenciales. Debido a que el caso Diana llevó también un exhaustivo análisis de lo que ocurrió no sólo en el espacio sino en la terapeuta, elaboré un apartado en este capítulo sobre los fenómenos contratransferenciales, ahora desde la perspectiva teórica de Faimberg.

² Ver Freud, 1919.

Luego de realizar una revisión teórica, en el capítulo de metodología se incluyen aspectos importantes dentro del método cualitativo de investigación como son las hipótesis, objetivos, participantes, etc. Posteriormente se describe el caso intentando apegarse a los términos de una viñeta clínica, sin embargo para cumplir con el objetivo se narran cronológicamente.

Finalmente elaboré un análisis de caso relacionando el contenido teórico con las sesiones descritas. Con el fin de cumplir con el objetivo de la investigación que es analizar desde un enfoque psicoanalítico, la compulsión a la repetición en la transferencia y la importancia de la escucha en la cura psicoanalítica de una adolescente de 16 años, entendiendo por cura psicoanalítica a la serie de cambios que ocurrieron gracias a los efectos de tratamiento psicoterapéutico, en este caso al sustituir el actuar por el recordar.

Capítulo I. La pulsión de destrucción en la compulsión a la repetición

En la práctica psicoanalítica cuando se encuentran en el paciente fenómenos de repetición estos son considerados síntomas. Lo que define el síntoma es el hecho de que reproduce, en forma más o menos disfrazada, ciertos elementos de un conflicto pasado. De un modo lo reprimido intenta “retornar” al presente, en forma de sueños, síntomas o actos.

La compulsión a la repetición es un proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual. En la elaboración teórica de Freud, la compulsión a la repetición se considera como un factor autónomo, irreductible, en último análisis, a una dinámica conflictual en la que sólo intervendría la interacción del principio del placer y el principio de realidad. Es decir, la compulsión a la repetición no se puede detectar en estado puro, sino que aparece siempre reforzada por motivos que obedecen al principio de placer. Sin embargo si lo que se repite son experiencias manifiestamente displacenteras, entonces resulta difícil comprender, en un primer análisis, qué instancia del sujeto puede hallar satisfacción en ellas.³

Es por esto que el objetivo del presente capítulo es hacer una revisión documental de los fenómenos de repetición en *Más allá del principio de placer*⁴, considerando que el principio del placer se halla directamente al servicio de las pulsiones de muerte, se realizará previo un análisis de lo que para Freud es la pulsión, sus destinos y los tipos de pulsión en distintos momentos de su elucubración teórica.

³ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, pág. 68

⁴ Ver Freud, 1920.

1.1 La pulsión

En *Más allá del principio de placer*, Freud expone que las pulsiones del organismo son las fuentes de la excitación interna, representantes de todas las fuerzas eficaces que provienen del interior del cuerpo y se transfieren al aparato anímico. *Una pulsión sería entonces un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior.*⁵

En palabras de Laplanche;

[...*la pulsión es el proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin.*]⁶

En su obra *Vida y muerte en psicoanálisis*, Laplanche elabora un bosquejo de las modificaciones y correcciones *globales* de la obra de Freud en torno a dos términos: *vida y muerte. Dos términos presentes en la teoría, algunas veces de manera ostensible, pero en la práctica mucho más escondidos.*⁷

Toma como punto de partida *Una teoría sexual*⁸ y menciona que lo que en realidad ahí acontece es que los tres ensayos no presentan una teoría abstracta de las pulsiones en general, sino que describen a la pulsión sexual como ejemplo de toda pulsión. Desde el punto de vista del autor: *Es la sexualidad la que representa el modelo de toda pulsión y probablemente la única pulsión en el verdadero sentido del término.*⁹

⁵ Ver Freud, *Más allá del principio de placer*, pág. 36

⁶ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, pág. 324

⁷ Ver Laplanche, *Vida y muerte en psicoanálisis*, pág. 12)

⁸ Freud, (1905).

⁹ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág 17. (Posteriormente reconoce la existencia de dos tipos de pulsiones en Freud: *...es verdad que, después de 1920, Freud propone y sostiene una teoría que engloba dos tipos de pulsiones...*)

El concepto de pulsión viene de *trieben*, impulsar o empujar. En *Las pulsiones y sus destinos*, la pulsión se halla desglosada según cuatro dimensiones la “presión” (*Drang*), el “fin” (*Ziel*), el “objeto” (*Objekt*), y la “fuente” (*Quelle*).¹⁰

Explica Laplanche, *presión* es: [...*el monto de fuerza o la medida de exigencia de trabajo que representa. Este carácter de presión es una cualidad general de las pulsiones e incluso constituye la esencia de las mismas*]¹¹. El punto de vista que en psicoanálisis se denomina económico es precisamente el de una “exigencia de trabajo”.

El *fin* es el acto hacia el cual tiende la pulsión. Nuevamente Laplanche refiere al texto *Las pulsiones y sus destinos*, en donde se ve que esta realización es siempre la misma, el único fin último es siempre la satisfacción, definida de la manera más general: [...*es el apaciguamiento de una tensión provocada precisamente por la Drang.*]¹²

El fin de la pulsión remite a los dos siguientes factores: al elemento del objeto y al de la fuente. El *objeto* se ha orientado hacia el concepto de *relación objetal*, representa una especie de punto de vista sintético entre, por una parte, el tipo de actividad, el modo específico de tal o cual acción pulsional y, por la otra, su objeto privilegiado. La definición del objeto en Freud, hace que este aparezca en un principio como un medio [...*aquello en lo cual y por medio de lo cual se alcanza el fin.*]¹³ Así, Laplanche llega a un problema ya conocido dentro del pensamiento psicoanalítico y que resume con el término de *contingencia* del objeto. En la medida en que el objeto es aquello en lo cual el fin logra realizarse, poco importa después de todo la especificidad, la individualidad del objeto; basta con que posea ciertos rasgos capaces de permitir que la acción satisfactoria pueda realizarse; en sí mismo, permanece relativamente indiferente, contingente.

¹⁰ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 19

¹¹ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 19

¹² Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 20

¹³ En *Una teoría sexual*, ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 21

Otra dimensión del objeto en psicoanálisis consiste en que no es necesariamente un objeto en el sentido de la teoría del conocimiento. La noción de objetividad en el sentido del conocimiento y la noción de objetividad en la que el objeto es, en este caso el objeto de la pulsión y no el objeto perceptivo o científico. El objeto de la pulsión puede ser un objeto fantaseado y que tal vez lo sea, incluso con carácter prioritario.

Por último por *fuerza* de la pulsión [*...se entiende aquel proceso somático que se localiza en un órgano o una parte del cuerpo y cuya excitación está representada en la vida psíquica de la pulsión.*]¹⁴

Para 1920, Freud sostenía que la meta de la vida ha de ser más bien un estado antiguo que lo vivo abandonó una vez y al que aspira a regresar por todos los rodeos de la evolución, refiere que: *La meta de toda vida es la muerte; y retrospectivamente lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo.* Por tanto el estatuto de las pulsiones de autoconservación que se suponen en todo ser vivo presentan una notable oposición el presupuesto de que la vida pulsional en su conjunto sirve a la provocación de la muerte. Entonces éstas son pulsiones parciales destinadas a asegurar el camino hacia la muerte peculiar del organismo y a alejar otras posibilidades de regreso a lo inorgánico que no sean las inmanentes.¹⁵

Por otro lado las pulsiones que vigilan los destinos de estos organismos elementales que sobreviven al individuo, cuidan por su segura colocación mientras se encuentran inermes frente a los estímulos del mundo exterior, provocan su encuentro con las células germinales, etc., constituyen el grupo de las pulsiones sexuales. Son conservadoras en el mismo sentido que las otras, en cuanto espejan estas anteriores de la sustancia viva; pero lo son en medida mayor, pues resultan particularmente resistentes a injerencias externas, y lo son además en otro sentido, pues conservan la vida por lapsos más largos.

¹⁴ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 22

¹⁵ Ver Freud, *Más allá del principio...*, pág. 38

Las pulsiones yóicas provienen de la animación de la materia inanimada y quieren restablecer la condición de inanimado. En cambio, en cuanto a las pulsiones sexuales, es claro que reproduce estados primitivos del ser vivo, pero la meta que se empeñan en alcanzar por todos los medios es la fusión de dos células germinales diferenciadas de una manera determinada.

Freud expuso que las *pulsiones sexuales* o Eros no solo comprenden la pulsión sexual no inhibida, genuina y las pulsiones sublimadas y de meta inhibida, sino también la pulsión de autoconservación.¹⁶

1.2 De la pulsión de destrucción / muerte

Hasta aquí se han descrito las dimensiones de la pulsión, privilegiando a la pulsión sexual como la pulsión por excelencia. De acuerdo con Laplanche, no es sino hasta 1920 que Freud trastornara la teoría misma de las pulsiones. Al respecto Laplanche refiere:

*[...antes de 1920, no solo no aparece la pulsión de agresión, sino que el término agresividad está prácticamente ausente. Pero no reconocer la existencia de una pulsión de agresión no significa necesariamente desdeñar la teoría de la agresividad, del sadomasoquismo y del odio: teoría que aparece desarrollada en forma explícita, sobre todo en Las pulsiones y sus destinos.]*¹⁷

En *el yo y el ello*, Freud retoma lo ya propuesto en *Más allá del principio de placer*, en donde distingue dos variedades de pulsiones, de las que una, las *pulsiones sexuales* o Eros, es con mucho la más llamativa, la más notable, por lo cual es más fácil anoticiarse de ella. En cuanto a la segunda clase de pulsiones, se tropieza con la dificultad para pesquisarlas, es en el sadismo donde encuentra un representante de ella ya que supone una *pulsión de muerte*, encargada de reconducir al ser vivo orgánico al estado inerte.¹⁸

¹⁶ Ver Freud, *El yo y el ello*

¹⁷ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 117

¹⁸ Ver Freud, *El yo y el ello*, pág. 41

Se encuentra en el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis la definición de *pulsión de muerte* dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones, que designa una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo a estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigen hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.¹⁹

En el mismo lugar, se define a la *pulsión destructiva o destructora*, término utilizado por Freud para designar las pulsiones de muerte desde una perspectiva más cercana a la experiencia biológica y psicológica. En ocasiones su extensión es la misma que la del término “pulsión de muerte”, pero más a menudo Freud califica la pulsión de muerte orientada hacia el mundo exterior. En este sentido más específico utiliza también el término “pulsión agresiva”²⁰.

Freud en *Más allá del principio de placer* introduce la pulsión de muerte en el cual resurgen ideas antiguas en particular del *Proyecto de psicología científica*, ahora renovadas. Encuentra una nueva conjunción, original e inaudita, de los diferentes modos de los que, de manera general, suele llamar lo *negativo*: agresión, destrucción, sadomasoquismo, odio, etc.

En un primer movimiento *Más allá del principio de placer* presenta los fenómenos más variados de la repetición, en lo que tienen de irreductibles, se cargan en la cuenta de la esencia de la pulsión. En un segundo movimiento, esa tendencia del individuo humano a reproducir sus estados y sus primeros objetos aparece vinculada a una fuerza universal, que va mucho más allá del campo psicológico y aun del campo vital; fuerza cósmica irresistible que se propone reducir, regresivamente, lo más organizado a lo menos organizados, las

¹⁹ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario...*, pág. 336

²⁰ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario...*, pág. 330

diferencias de nivel a la uniformidad, lo vital a lo inanimado. En palabras de Jean Laplanche:

Se trata de captar lo que es más “pulsional” en la pulsión –precisamente la ataraxia, el Nirvana como abolición de toda pulsión-, lo que es más vital en lo biológico –la muerte explícitamente designada como “fin último” de la vida-. Todo ser viviente aspira a la muerte en razón de su tendencia interna más fundamental, y la diversidad de la vida, tal como nosotros la observamos en sus formas múltiples, jamás hace otra cosa que reproducir una serie de avatares fijados en el curso de la evolución, desvíos adventicios provocados por tal o cual traumatismo, por tal o cual obstáculo suplementario: El organismo no solo quiere morir, sino “morir a su manera”.²¹

En *Más allá del principio de placer*, Freud tuvo una doble intencionalidad en la afirmación de la pulsión de muerte, uno para reafirmar el principio económico fundamental del psicoanálisis –la tendencia al cero-, y conceder una posición metapsicológica, en la teoría de las pulsiones a los descubrimientos de sus investigaciones psicoanalíticas relativos al registro de la agresividad o de la destructividad. Los múltiples momentos y lugares donde se hace referencia a las manifestaciones agresivas son el complejo de Edipo, descrito con sus dos componentes negativo y positivo, ambivalencia amor y odio, en la manifestación negativa de la cura (transferencia negativa, resistencia, etc.), en la perversión sadomasoquista, en los aspectos sádicos de las fases pregenitales, etc.

Para 1923, Freud explicaba que la génesis de la vida es la causa de que ésta última continúe y simultáneamente, también de su pugna hacia la muerte y la vida misma sería un compromiso entre estas dos aspiraciones. Con cada una de las dos clases de pulsiones (*Eros* y *Tánatos*)²², se coordinaría un proceso fisiológico particular (anabolismo y catabolismo); en cada fragmento de sustancia

²¹ Ver Laplanche, *Vida y muerte...* pág. 145

²² *Eros* es el término en el cual los griegos designaban el amor y el dios Amor. Freud lo utiliza en su última teoría de las pulsiones para designar el conjunto de las pulsiones de vida, oponiéndolos a las pulsiones de muerte. *Tánatos* palabra griega (la Muerte) utilizada en ocasiones para designar las pulsiones de muerte, por simetría con el término de *Eros*. Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*.

viva estarían activas las dos clases de pulsiones. Como consecuencia de la unión de los organismos elementales unicelulares en seres vivos pluricelulares, se neutralizó la pulsión de muerte de las células singulares y se desvió hacia el mundo exterior, por la mediación de la musculatura, las mociones destructivas. Es decir, la pulsión de muerte se exterioriza ahora –sólo en parte- como *pulsión de destrucción* dirigida al mundo exterior y a otros seres vivos.²³

En palabras de Laplanche²⁴, la *pulsión de vida* o *Eros* tiende a mantener y a elevar el nivel energético de aquellas configuraciones de las que forma la íntima ligazón, y como Tánatos, Eros es también una fuerza interna. Entonces, es en un principio en el interior de esa *mónada* donde se desarrolla la lucha encarnizada de las dos fuerzas primordiales; y secundariamente una parte de la destructividad originaria se ha vuelto hacia el mundo exterior, dando nacimiento a las múltiples manifestaciones que se observan en los fenómenos de la agresividad. El autor afirma la primacía de la autoagresión que a su vez no es sino la consecuencia de la primacía absoluta, en el individuo de la tendencia a cero considerada como la forma más radical del principio de placer.

Lo que se sitúa como primario en el interior del individuo reúne, bajo una misma bandera, tendencias difícilmente conciliables: reducción de las tensiones a cero (Nirvana), tendencia a la muerte, auto-agresividad, búsqueda del sufrimiento o del displacer. Desde un punto de vista económico, la principal contradicción consiste en atribuir a una misma y única pulsión la tendencia a la supresión radical de toda tensión, forma suprema del principio del placer, y la búsqueda masoquista del displacer que se interpreta como aumento de la tensión.

1.3 Del principio de placer / displacer

En la teoría psicoanalítica se adopta el supuesto de que el decurso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio de placer. Por principio de placer y displacer se refiere a la cantidad de excitación presente en la

²³ Ver Freud, *El yo y el ello*.

²⁴ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*, pág. 116-117

vida anímica – y no ligada de ningún modo-, así el displacer corresponde a un incremento de esa cantidad, y el placer a una reducción de ella, en una proporcionalidad directa; el factor decisivo respecto de la sensación placentera y displacentera es la medida del incremento o reducción en un periodo de tiempo.

Freud establece que toda neurosis tiene la consecuencia y probablemente la tendencia, de expulsar al enfermo de la vida real, de enajenarlo de la realidad por vía alucinatoria. El neurótico se extraña de la realidad efectiva debido a que la encuentra insoportable. Esta tendencia principal de los procesos primarios, aquellos propios del inconsciente, obedecen al principio de placer-displacer (o, más brevemente, el principio de placer). Estos procesos aspiran a ganar placer; y de los actos que pueden suscitar displacer, la actividad psíquica se retira (inicia la represión). Solo en ausencia de la satisfacción esperada, el desengaño, trae por consecuencia que se abandone ese intento de satisfacción por vía alucinatoria. En lugar de él, el aparato psíquico debe resolverse a representar las constelaciones reales del mundo exterior y a procurar la alteración real. Así se introduce un nuevo principio en la actividad psíquica; ya no se representa lo que es agradable, si no lo que es real, aunque sea desagradable. Se renuncia al placer en beneficio del orden psíquico.²⁵

Se sabe que el principio de placer es propio de un modo de trabajo primario del aparato anímico, bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es relevado por el principio de realidad que sin resignar el propósito de una ganancia final de placer exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar a diversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer. El relevo del principio de placer por el principio de realidad puede ser responsabilizado sólo de una pequeña parte, y no la más intensa, de las experiencias de displacer.

Freud explica que este establecimiento del principio de realidad resulta en una serie de consecuencias que las resume en ocho pasos:

²⁵Ver Freud, *Formulaciones sobre los dos principios...*

1. Los nuevos requerimientos del principio de realidad, obligaron a una serie de adaptaciones del aparato psíquico, se sustituyó una función particular, la atención, que iría a explorar periódicamente el mundo exterior a fin de que sus datos ya fueran consabidos antes de que se instalase una necesidad interior inaplazable. Es probable que simultáneamente se introdujese un sistema de registro que depositaría los resultados de esta actividad periódica de la conciencia –una parte de lo que llamamos memoria-. La suspensión, que se había hecho necesaria, de la descarga motriz (de la acción) fue procurada por el proceso del pensar, que se constituyó desde el representar. El pensar fue dotado de propiedades que posibilitaron al aparato anímico soportar la tensión de estímulo elevada durante el aplazamiento de la descarga.

2. Al establecerse el principio de realidad una clase de actividad del pensar se escindió, se mantuvo apartada del examen de realidad y permaneció sometida únicamente al principio de placer, esto es el fantasear, seguido como sueños diurnos, de tal manera se abandona el apuntalamiento en objetos reales.

3. Mientras este desarrollo se cumple en las pulsiones yoicas, las pulsiones sexuales se desasen de él de manera muy sustantiva. Las pulsiones sexuales se comportan primero en forma autoerótica, encuentran su satisfacción en el cuerpo propio; de ahí que no lleguen a la situación de la frustración, que obligó a instituir el principio de realidad. Y cuando más tarde empieza en ellas el proceso de hallazgo de objeto, este proceso experimenta pronto una prolongada interrupción por obra del período de latencia, que pospone hasta la pubertad el desarrollo sexual. Estos dos factores – autoerotismo y periodo de latencia- tienen por consecuencia que la pulsión sexual quede suspendida en su plasmación psíquica y permanezca más tiempo bajo el imperio del principio de placer, del cual, en muchas personas, jamás puede sustraerse. A raíz de estas constelaciones, se establece un vínculo más estrecho entre la pulsión sexual y la fantasía, por una parte, y las pulsiones yoicas con las actividades de la conciencia por otra.

4. La sustitución del principio de placer por el principio de realidad no implica el destronamiento del primero, sino su aseguramiento. Se abandona un placer momentáneo, pero inseguro en sus consecuencias, sólo para ganar por el nuevo camino un placer seguro, que vendrá después.

5. La educación puede describirse como incitación a vencer el principio de placer y a sustituirlo por el principio de realidad; por tanto, quiere acudir en auxilio de aquel proceso de desarrollo en que se ve envuelto el yo, y para este fin se sirve de los premios de amor por parte del educador.

6. Por su parte el arte logra por un camino peculiar una reconciliación de los dos principios, el de placer a través de las proyecciones de la fantasía y el de realidad en la ejecución de las mismas.

7. Mientras el yo recorre la trasmudación del yo-placer al yo- realidad, las pulsiones sexuales experimentan aquellas modificaciones que las llevan desde el autoerotismo inicial, pasando por diversas fases intermedias, hasta el amor de objeto al servicio de la función de reproducir la especie. Si es cierto que cada estadio de estas dos líneas de desarrollo puede convertirse en el asiento de una predisposición a enfermar más tarde de neurosis, ello nos sugiere hacer depender la decisión acerca de la forma que adquirirá después la enfermedad (la elección de la neurosis) de la fase del desarrollo del yo y de la libido en la cual sobrevino aquella inhibición del desarrollo predisponente.

8. El carácter más extraño de los procesos inconcientes (reprimidos), resulta enteramente del hecho de que en ellos el examen de realidad no rige para nada, sino que la realidad del pensar es equiparada a la realidad efectiva exterior y el deseo, a su cumplimiento, al acontecimiento, tal como se deriva sin más del imperio del viejo principio de placer. Por eso también es tan difícil distinguir unas fantasías inconcientes de unos recuerdos que han venido inconcientes. Tenemos

la obligación de servirnos de la moneda que predomina en el país que investigamos; en nuestro caso, de la moneda neurótica.²⁶

En el principio de placer el aparato anímico se afana por mantener lo más bajo posible, o al menos constante, la cantidad de excitación presente en él, por lo que el principio de placer se deriva del principio de constancia. En el alma existe una fuerte tendencia al principio del placer, pero otras fuerzas o constelaciones la contrarían, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer.

En *Más allá del principio del placer*, Freud formula cómo el principio de placer afecta en la neurosis traumática común en la que se destacan dos rasgos que podrían tomarse como punto de partida, uno en que el centro de gravedad de la causación parece situarse en el factor de la sorpresa, en el terror; y dos que un simultáneo daño físico o herida contrarresta en la mayoría de los casos la producción de la neurosis.²⁷

Ahora bien, la vida onírica de la neurosis traumática muestra que el sueño reconduce al enfermo, una y otra vez, a la situación de su accidente, de la cual despierta con renovado terror. El enfermo – se sostiene- está, por así decirlo, fijado psíquicamente al trauma. Suponiendo que los sueños de estos neuróticos traumáticos no disuadan de afirmar que la tendencia del sueño es el cumplimiento de un deseo, tal vez quede el expediente de sostener que en este estado la función del sueño, como tantas otras cosas, resultó afectada y desviada de sus propósitos; o bien se tendría que pensar en las enigmáticas tendencias masoquistas del yo.

En este sentido Freud argumenta algo similar en el juego infantil:

[...este buen niño exhibía el hábito molesto en ocasiones, de arrojar lejos de sí, a un rincón o debajo de una cama, etc., todos los pequeños objetos que

²⁶ Ver Freud, *Formulaciones sobre los dos principios...*

²⁷ Ver Freud, *Más allá del principio...*

hallaba a su alcance... y al hacerlo profería un fuerte y prolongado “o-o-o-o”, que, según el juicio coincidente de la madre significaba “fort” (se fue)... El niño no hacía otro uso de sus juguetes que el de jugar a que “se iban”.²⁸

Su renuncia pulsional (renuncia a la satisfacción pulsional), era la de admitir sin protestas la partida de la madre. Se resarcía, escenificando por sí mismo, con los objetos a su alcance, ese desaparecer y regresar con el consecutivo [*da (volvió)*], que completaba el juego.

En la vivencia el infante era pasivo, era afectado por ella, después se ponía en un papel activo repitiéndola como juego, a pesar de que fue displacentera. Podría atribuirse este afán a una pulsión de apoderamiento que actuara con independencia aunque el recuerdo en sí mismo fuese placentero o no. Pero también cabe ensayar otra interpretación; el acto de arrojar el objeto para que “se vaya” acaso era la satisfacción de un impulso, sofocado por el niño en su conducta, a vengarse de la madre por su partida; así vendría a tener este arrogante significado, de acuerdo con el autor: [*Y bien pues; no te necesito, yo te echo*]. Aquí se representa la fórmula ya recomendada pero poco sostenida por autores como Laplanche: lo que es placer para un sistema, para otro es displacer.

1.4 Sadismo / Masoquismo

Ahora bien, desde las diferentes formas de concebir los movimientos psíquicos en función del principio de placer y de realidad se tratarán en este apartado la concepción de masoquismo y sadismo.

El *masoquismo* es entendido como la perversión sexual en la cual la satisfacción va ligada al sufrimiento o a la humillación, experimentados por el sujeto. Freud extiende la noción de masoquismo más allá de la perversión descrita por los sexólogos: por una parte, al reconocer elementos masoquistas en numerosos comportamientos sexuales, y rudimentarios del mismo en la sexualidad infantil, y por otra, al describir formas que de él derivan, especialmente

²⁸ Ver Freud, *Más allá del principio...* págs. 14-15

el “masoquismo moral”, en el cual el sujeto, debido a un sentimiento de culpabilidad inconsciente, busca la posición de víctima, sin que en ello se halle directamente implicado un placer sexual. Así mismo, sadismo es la perversión sexual en la cual la satisfacción va ligada al sufrimiento o a la humillación infligidos a otros. El psicoanálisis extiende el concepto de sadismo más allá de la perversión descrita por los sexólogos, reconoce numerosas manifestaciones del mismo, más larvadas, especialmente infantiles, y lo considera como uno de los componentes fundamentales de la vida pulsional.²⁹

Para Laplanche los términos sádico (sadismo) y masoquista (masoquismo) se reservan para tendencias, actividades, fantasías, etc., que entrañan necesariamente, ya sea de manera consciente o inconsciente, un elemento de excitación o de goce *sexuales*. Los distingue de este modo de la noción de agresividad (autoagresividad o heteroagresividad), a la que, en cambio los considera de esencia no sexual.

En *Pegan a un niño*, Freud distingue el destino de una pulsión a través de la dialéctica que encadena los avatares sucesivos de la representación o de la fantasía a la cual esa pulsión está ligada. La fantasía *pegan a un niño* junto con todas sus connotaciones, Freud las utiliza para [... *obtener esclarecimiento sobre la génesis de las perversiones en general, en particular el masoquismo, ...*]³⁰

Los tres tiempos de la evolución de la fantasía de flagelación, tal como Freud los describe en mujeres y más en mujeres neuróticas (obsesivas en su mayor parte), son:

1. *Mi padre pega al niño que yo odio.*
2. *Mi padre me pega.*
3. *Pegan a un niño.*

Freud presenta estas tres fórmulas como una secuencia cronológica:

²⁹ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, págs. 218 y 390

³⁰ Ver Freud, *Pegan a un niño*.

En sentido estricto... sólo merece el título de psicoanálisis correcto el empeño analítico que ha conseguido levantar la amnesia que oculta para el adulto el conocimiento de su vida infantil desde su comienzo mismo (o sea, desde el segundo hasta el quinto año, más o menos)... Es en el período de la infancia que abarca de los dos a los cuatro o cinco años cuando por vez primera los factores libidinosos congénitos son despertados por las vivencias y ligados a ciertos complejos.³¹

La primera fase de las fantasías de paliza en niñas tiene que corresponder, pues, a una época muy temprana de la infancia. El niño azotado, en efecto, nunca es el fantaseador; por lo regular es que sea otro niño, casi siempre un hermanito, cuando lo hay. Puesto que puede tratarse de un hermano o una hermana, no es posible establecer un vínculo constante entre el sexo del fantaseador y el del azotado. Por tanto, la fantasía seguramente no es masoquista; se le llamaría sádica, pero no debe olvidarse que el niño fantaseador nunca es el que pega [...] sino un adulto. Esta persona adulta indeterminada se vuelve más tarde reconocible de manera clara y unívoca como el padre (de la niñita) [...] La primera fase de la fantasía de paliza se formula entonces acabadamente mediante el enunciado: "El padre pega al niño" [...] en lugar de ello: "El padre pega al niño que yo odio".³²

El primer tiempo corresponde a una o varias escenas reales, en cuyo transcurso el niño ha visto realmente a su padre maltratar a un hermanito o una hermanita.

Entre esta primera fase y la siguiente se consuman grandes transmudaciones. Es cierto que la persona que pega sigue siendo la misma, el padre, pero el niño azotado ha devenido otro; por lo regular es el niño fantaseador mismo, la fantasía se ha teñido de placer en alto grado... Entonces, su texto es ahora: "Yo soy azotado por el padre". Tiene un indudable carácter masoquista... Esta segunda fase es, de todas, la más importante y grávida en consecuencias; pero en cierto sentido puede decirse de ella que nunca ha tenido una existencia real. En ningún caso es recordada, nunca ha llegado a devenir-

³¹ Ver Freud, *Pegan a un niño*, pág. 181

³² Ver Freud, *Pegan a un niños*, pág. 182

*conciente. Se trata de una construcción del análisis, mas no por ello es menos necesaria”.*³³

Aquí aparece una diferencia nueva y fundamental entre los tiempos uno y dos: el primer tiempo puede ser rememorado en el curso del análisis; el segundo tiempo, en cambio, debe ser reconstruido. El segundo tiempo es, por el contrario, una pura fantasía, es el primer tiempo de la fantasía propiamente dicha, lo que Freud pone de relieve designando con el nombre “fantasía originaria” la escena: Mi padre me pega.

El primer tiempo es apenas sexual o, más bien, es “sexual-presexual”. La fantasía no es por cierto sexual, ni tampoco es sádica, sino que está constituida por una sustancia de donde con el tiempo lo sádico y lo sexual podrán surgir.

La fantasía inconsciente “mi padre me pega” es masoquista en el sentido propio: expresa en forma “regresiva” la fantasía de un placer sexual obtenido por mediación del padre. La presencia de la excitación sexual durante la segunda fase es atestiguada por Freud por el hecho de que algunos pacientes

*[...creen recordar que el onanismo se manifestó en ellos antes que la fantasía de flagelación de la tercera fase, [lo cual] induce a admitir que el onanismo se había manifestado ya antes, presentándose bajo el dominio de fantasías inconscientes que fueron más tarde reemplazadas por fantasías inconscientes].*³⁴

La tercera fase se aproxima de nuevo a la primera. La persona que pega es investida {besetzen} de manera típica por un subrogante del padre (maestro) [...] Si se les pregunta con insistencia, las pacientes sólo exteriorizan: “Probablemente yo estoy mirando”. En lugar de un solo niño azotado, casi siempre están presentes ahora muchos niños [...] La situación originaria, simple y monótona, del ser-azotado puede experimentar las más diversas variaciones y adornos, y el azotar mismo puede ser sustituido por castigos y humillaciones de

³³ Ver Freud, *Pegan...* pág. 193

³⁴ Ver Freud, *Pegan...* pág. 183

*otra índole [...] La fantasía es ahora la portadora de una excitación intensa, inequívocamente sexual, y como tal procura la satisfacción onanista.*³⁵

El tercer tiempo corresponde a un síntoma, confesado –no sin dificultad- en el curso del análisis. Este tiempo puede a su vez descomponerse en dos aspectos: por una parte, sus concomitancias desde el punto de vista del “afecto” y de la “descarga”, y por la otra su contenido representativo. Excitación sexual intensa, culminando casi siempre con la satisfacción masturbatoria; violento sentimiento de culpa vinculado aparentemente a la masturbación pero, en un plano más profundo, a las representaciones en juego. En cuanto a la “representación fantástica” propiamente dicha, se trata de una escena imaginada con un montaje relativamente fijo, lo cual no impide, que al mismo tiempo, cada uno de los tres términos (el que pega, el pegado y la acción) sea relativamente indeterminado o variable, tomado como está de una serie indefinida de paradigmas posibles.³⁶

Este ejemplo clínico ofrece a Freud la oportunidad de examinar el problema de la represión desde distintos puntos de vista. En realidad, lo reprimido no es el recuerdo sino la fantasía que de él deriva o que está en su base. En este caso, la fantasía de ser pegado por el padre y no la escena real en que el padre habría pegado a otro niño.

Fantasear la agresión es volverla hacia uno mismo, agredirse: tiempo del autoerotismo en el que se confirma el lazo indisoluble entre la fantasía como tal, la sexualidad y el inconsciente.

En cuanto a las formas de agresión y el “retorno sobre la propia persona” Laplanche, explica que concierne al “objeto” de la pulsión, objeto que puede ser intercambiado y, de exterior, trocarse en un objeto interno: el propio yo. No obstante, tal como Freud lo señala, en el pasaje del sadismo al masoquismo estos

³⁵ Ver Freud, *Pegan... pág. 183*

³⁶ Ver Laplanche, *Vida y muerte...*

dos destinos se hallan estrechamente entrelazados y solo es posible distinguirlos mediante una abstracción.

Para Freud, el masoquismo es incomprensible si el principio de placer gobierna los procesos anímicos de modo tal que su meta inmediata sea la evitación de displacer y la ganancia de placer. Si dolor y displacer pueden dejar de ser advertencias para constituirse, ellos mismos, en metas, el principio de placer queda paralizado, y el guardián de nuestra vida anímica, por así decir, narcotizado.³⁷

Pero entonces se plantea la tarea de indagar la relación del principio de placer con las dos variedades de pulsiones, las pulsiones de muerte y las pulsiones eróticas (libidinosas) de vida.

El principio de Nirvana (y el principio de placer, supuestamente idéntico a él) estaría por completo al servicio de las pulsiones de muerte, cuya meta es conducir la inquietud de la vida a la estabilidad de lo inorgánico, y tendría por función alertar contra las exigencias de las pulsiones de vida –de la libido-, que procuran perturbar el ciclo vital a cuya consumación se aspira. Pues bien; esta concepción no puede ser correcta. Parece que registramos el aumento y la disminución de las magnitudes de estímulo directamente dentro de la serie de los sentimientos de tensión, y es indudable que existen tensiones placenteras y distensiones displacenteras.

Entonces, placer y displacer no pueden ser referidos al aumento o la disminución de una cantidad, que llamamos “tensión de estímulo”, parecieran no depender de este factor cuantitativo, sino de un carácter de él, que sólo se puede calificar de cualitativo.

El principio de Nirvana, súbdito de la pulsión de muerte, ha experimentado en el ser vivo una modificación por la cual devino principio de placer; y en lo sucesivo tendríamos que evitar considerar a esos dos principios como uno solo.

³⁷ Ver Freud, *El problema económico del masoquismo*.

En cuanto al masoquismo, Freud, observa tres figuras: como una condición a la que se sujeta la excitación sexual, como una expresión de la naturaleza femenina y como una norma de la conducta en la vida. El primero, el masoquismo erógeno, el placer de recibir dolor, se encuentra también en el fundamento de las otras dos formas. La segunda, el masoquismo femenino y la tercera forma de manifestación del masoquismo, en cierto sentido la más importante, ha sido apreciada por el psicoanálisis como un sentimiento de culpa las más de las veces inconsciente.

Del masoquismo femenino en el varón, Freud observa noticias en las fantasías de personas masoquistas (y a menudo por eso impotentes), que desembocan en el acto onanista o figuran por sí solas la satisfacción sexual. El contenido manifiesto es el mismo: ser amordazado, atado, golpeado dolorosamente, azotado, maltratado de cualquier modo, sometido a obediencia incondicional, ensuciado, denigrado. La interpretación más inmediata y fácil de obtener es que el masoquista quiere ser tratado como un niño pequeño, desvalido y dependiente, pero, en particular, como un niño díscolo. Ponen a la persona en una situación característica de la femineidad, vale decir, significan ser castrado, ser poseído sexualmente o parir.

En el contenido manifiesto de las fantasías masoquistas se expresa también un sentimiento de culpa cuando se supone que la persona afectada ha infringido algo (se lo deja indeterminado), que debe expiarse mediante todos esos procedimientos dolorosos y martirizadores. Esto aparece como una racionalización superficial de los contenidos masoquistas, pero detrás se esconde el nexo con la masturbación infantil. Y por otra parte, este factor, la culpa, nos lleva a la tercera forma, el masoquismo moral.

En la sección sobre las fuentes de la sexualidad infantil de *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud formuló la tesis de que:

[...la excitación sexual se genera como efecto colateral, a raíz de una gran serie de procesos internos, para lo cual basta que la intensidad de estos

*rebase ciertos límites cuantitativos, [y que quizá] en el organismo no ocurra nada de cierta importancia que no ceda sus componentes a la excitación de la pulsión sexual]*³⁸

Según eso, también la excitación de dolor y la de displacer tendrían esa consecuencia. En las diferentes constituciones sexuales experimentaría la base fisiológica sobre la cual se erigiría después, como superestructura psíquica, el masoquismo erógeno.

En el ser vivo la libido se enfrenta con la pulsión de destrucción o de muerte; ésta, que impera dentro de él, querría desagregarlo y llevar a cada uno de los organismos elementales a la condición de la estabilidad inorgánica (aunque tal estabilidad sólo pueda ser relativa). La tarea de la libido es volver inocua esta pulsión destructora; la desempeña desviándola en buena parte –y muy pronto con la ayuda de un sistema de órgano particular, la musculatura- hacia afuera, dirigiéndola hacia los objetos del mundo exterior. Recibe entonces el nombre de pulsión de destrucción, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder. Un sector de esta pulsión es puesto directamente al servicio de la función sexual, donde tiene a su cargo una importante operación. Es el sadismo propiamente dicho. Otro sector no obedece a este traslado hacia afuera, permanece en el interior del organismo y allí es ligado libidinosamente con ayuda de la coexcitación sexual antes mencionada; en este sector tenemos que discernir el masoquismo erógeno, originario.

Se producen una mezcla y una combinación muy vastas, y de proporciones variables, entre las dos clases de pulsión; así, no debemos contar con una pulsión de muerte y una de vida, puras; sino sólo con contaminaciones de ellas, de valencias deferentes en cada caso.

Si se consiente alguna imprecisión, puede decirse que la pulsión de muerte actuante en el interior del organismo –el sadismo primordial- es idéntica al masoquismo. Después que su parte principal fue trasladada afuera, sobre los

³⁸ Ver Freud, *Tres ensayos...* pág. 183

objetos, en el interior permanece, como su residuo, el genuino masoquismo erógeno, que por una parte ha devenido un componente de la libido, pero por la otra sigue teniendo como objeto al ser propio. Así, ese masoquismo sería un testigo y un relictos de aquella fase de formación en que aconteció la liga, tan importante para la vida, entre Eros y pulsión de muerte. No nos asombrará enterarnos de que el sadismo proyectado, vuelto hacia afuera, o pulsión de destrucción, puede bajo ciertas constelaciones ser introyectado de nuevo, vuelto hacia dentro, regresando así a su situación anterior. En tal caso da por resultado el masoquismo secundario, que viene a añadirse al originario.

La tercera forma del masoquismo, el masoquismo moral, es notable sobre todo por haber aflojado su vínculo con lo que conocemos como sexual. Es que en general todo padecer masoquista tiene por condición la de partir de la persona amada y ser tolerado por orden de ella; esta restricción desaparece en el masoquismo moral. Para explicar esta conducta es muy tentador dejar de lado la libido y limitarse al supuesto de que aquí la pulsión de destrucción fue vuelta de nuevo hacia adentro y ahora abate su furia sobre el sí-mismo propio.

Freud señaló en *El yo y el ello*, que en el tratamiento el analista se topa con pacientes cuyo comportamiento frente a los influjos de la cura fuerza a atribuirles un sentimiento de culpa “inconciente”. Aquello por lo cual se reconoce a estas personas es la “reacción terapéutica negativa”, y la intensidad de una moción de esta índole significa una de las resistencias más graves y el mayor peligro para el éxito de nuestros propósitos médicos o pedagógicos. La satisfacción de este sentimiento inconciente de culpa es quizás el rubro más fuerte de la ganancia de la enfermedad, compuesta en general por varios de ellos, y el que más contribuye a la resultante de fuerzas que se revuelve contra la curación y no quiere resignar la condición de enfermo; el padecer que la neurosis conlleva es justamente lo que la vuelve valiosa para la tendencia masoquista.

En cierta medida, se da razón al veto de los pacientes si se renuncia a la denominación “sentimiento inconciente de culpa”, por lo demás incorrecta psicológicamente, y en cambio se habla de una “necesidad de castigo”.

Se ha atribuido al superyó la función de la conciencia moral, y reconocido en el sentimiento de culpa la expresión de una tensión entre el yo y el superyó. El yo reacciona con sentimientos de culpa (angustia de la conciencia moral) ante la percepción de que no está a la altura de los reclamos que le dirige su ideal, su superyó.

Este superyó es el subrogado tanto del ello como del mundo exterior. Debe su génesis a los primeros objetos de las mociones libidinosas del ello, la pareja parental, fue introyectada en el yo, a raíz de lo cual el vínculo con ellos fue desexualizado, experimentó un desvío de las metas sexuales directas. Sólo de esta manera se posibilitó la superación del complejo de Edipo. Ahora bien, el superyó conservó caracteres esenciales de las personas introyectadas: su poder, su severidad, su inclinación a la vigilancia y el castigo. Como se ha señalado en otro lugar, es fácilmente concebible que la severidad resulte acrecentada por la desmezcla de pulsiones que acompaña a esa introducción en el yo. Ahora el superyó, la conciencia moral eficaz dentro de él, puede volverse duro, cruel, despiadado hacia a quien tutela.

Pero esas mismas personas que, como instancia de la conciencia moral, siguen ejerciendo una acción eficaz dentro del superyó después que dejaron de ser objetos de las mociones libidinosas de ello, pertenecen, además, al mundo exterior real. De este fueron tomadas; su poder, tras el que se ocultan todos los influjos del pasado y de la tradición, fue una de las exteriorizaciones más sensibles de la realidad. Merced a esta coincidencia, el superyó, el sustituto del complejo de Edipo, deviene también representante del mundo exterior real y, así, el arquetipo para el querer-alcanzar del yo.

La apreciación del masoquismo moral, que la conducta –en la cura y en su vida- de las personas aquejadas despierta la impresión de que sufrieran una

desmedida inhibición moral y estuvieran bajo el imperio de una conciencia moral particularmente susceptible, aunque no les sea conciente nada de esa hipermoral. Pero, si lo estudiamos de más cerca, notamos bien la diferencia que media entre esa continuación inconciente de la moral y el masoquismo moral. En la primera, el acento recae sobre el sadismo acrecentado del superyó, al cual el yo se somete; en la segunda, en cambio, sobre el genuino masoquismo del yo, quien pide castigo, sea de parte del superyó, sea de los poderes parentales de afuera. Pero la confusión inicial puede disculparse, pues en los dos casos se trata de una relación entre el yo y el superyó o poderes equiparables a este último; y en ambos el resultado es una necesidad que se satisface mediante castigo y padecimiento.

Se puede traducir la expresión “sentimiento inconciente de culpa” por “necesidad de ser castigado por un poder parental”. Ahora bien se sabe que el deseo de ser golpeado por el padre, tan frecuente en fantasías, está muy relacionado con otro deseo, el de entrar con él en una vinculación sexual pasiva (femenina), y no es más que la desfiguración regresiva de este último. La conciencia moral y la moral misma nacieron por la superación, la desexualización, del complejo de Edipo; mediante el masoquismo moral, la moral es resexualizada, el complejo de Edipo es reanimado, se abre la vía para una regresión de la moral al complejo de Edipo. Por otra parte, este último crea la tentación de un obrar “pecaminoso”, que después tiene que ser expiado con los reproches de la conciencia moral sádica o con el castigo del destino, ese gran poder parental. Para provocar el castigo por parte de esta última subrogación de los progenitores, el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real.

El sadismo del superyó y el masoquismo del yo se complementan uno al otro y se aúnan para provocar las mismas consecuencias. Opino que sólo así es posible comprender que de la sofocación de las pulsiones resulte –con frecuencia o en la totalidad de los casos- un sentimiento de culpa, y que la conciencia moral

se vuelva tanto más severa y susceptible cuanto más se abstenga la persona de agredir a los demás.

1.5 Compulsión a la repetición

En 1919, Freud escribió sobre *lo ominoso* que pertenece al orden de lo terrorífico, de eso que excita angustia y horror, con la distinción de que además se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo.

Freud cita a E. Jentsch quien escribió que:

*Uno de los artificios más infalibles para producir efectos ominoso en el cuento literario consiste en dejar al lector en la incertidumbre sobre si una figura determinada que tiene ante sí es una persona o un autómeta, y de tal suerte, además, que esa incertidumbre no ocupe el centro de su atención, pues de lo contrario se vería llevado a indagar y aclarar al instante el problema...*³⁹

Freud al respecto recuerda que el niño, en los juegos de sus primeros años, no distingue de manera nítida entre lo animado y lo inanimado, y muestra particular tendencia a considerar a sus muñecas como seres vivos. Entonces, la fuente de ese sentimiento ominoso no es, en este caso una angustia infantil, sino un deseo o aun apenas una creencia infantil.

Otra situación que motiva a los sentimientos ominosos, es la presencia de “dobles” en todas sus gradaciones y plasmaciones, para Freud, la aparición de personas que por su idéntico aspecto deben considerarse idénticas; el acrecentamiento de esta circunstancia por el salto de procesos anímicos de una de estas personas a la otra –lo que se llamaría telepatía-, de suerte que una es coposeedora del saber, el sentir y el vivenciar de la otra; la identificación con otra persona hasta el punto de equivocarse sobre el propio yo ajeno en el lugar del propio – o sea, duplicación, división, permutación del yo-, y, por último, el permanente retorno de lo igual, la repetición de los mismos rasgos faciales,

³⁹ Psiquiatra alemán autor de *On the Psychology of the Uncanny* (1906), del cual Freud retoma sus impresiones sobre lo *ominoso*. Ver Freud, *Lo ominoso*, pág 227

características, destinos, hechos criminales, y hasta de los nombres a lo largo de varias generaciones sucesivas.

En este sentido el motivo del “doble” ya había sido estudiado por O. Rank quien indaga los vínculos del doble con la propia imagen en el espejo y con la sombra, el espíritu tutelar, la doctrina del alma y el miedo a la muerte. Para Freud estas representaciones han nacido sobre el terreno del irrestricto amor por sí mismo, el narcisismo primario, que gobierna la vida anímica tanto del niño como del primitivo; con la superación de esa fase cambia el signo del doble: de un seguro de supervivencia, pasa a ser el ominoso anunciador de la muerte. En el interior del yo se forma una instancia particular que puede contraponerse al resto del yo, que sirve a la observación de sí y a la autocrítica, desempeña el trabajo de la censura psíquica y se vuelve notoria para nuestra conciencia como la llamada “conciencia moral”.

Pero no sólo este contenido chocante para la crítica del yo puede incorporarse al doble; de igual modo, pueden serlo todas las posibilidades incumplidas de plasmación del destino, a que la fantasía sigue aferrada, y todas las aspiraciones del yo que no pudieron realizarse a consecuencia de unas circunstancias externas desfavorables, así como todas las decisiones voluntarias sofocadas que han producido la ilusión del libre albedrío. El carácter de lo ominoso sólo puede estribar en que el doble es una formación oriunda de las épocas primordiales del alma ya superadas, que en aquel tiempo poseyó sin duda un sentido más benigno.

El factor de la repetición de lo igual como fuente del sentimiento ominoso se produce a consecuencia de ciertas condiciones y en combinación con determinadas circunstancias. Al respecto Freud relata un episodio personal:

[...Pero tras vagar sin rumbo durante un rato, de pronto me encontré de nuevo en la misma calle donde ya empezaba a llamar la atención, y mi apurado alejamiento sólo tuvo por consecuencia que fuera a parar ahí por tercera vez tras un nuevo rodeo. Entonces se apoderó de mí un sentimiento que sólo puedo

calificar de ominoso. [Y agrega que] otras situaciones, que tienen en común con la que acabo de describir el retorno no deliberado, pero se diferencian radicalmente de ella en los demás puntos, engendran empero el mismo sentimiento de desvalimiento y ominosidad.]⁴⁰

En esta serie de experiencias Freud encuentra que es sólo el factor de la repetición no deliberada el que vuelve ominoso algo en sí mismo inofensivo y nos impone la manera de lo fatal, inevitable, donde de ordinario sólo habríamos hablado de casualidad.

Lo ominoso del retorno de lo igual se deduce de la vida anímica infantil, en lo inconsciente anímico se discierne el imperio de una *compulsión de repetición* que probablemente depende, a su vez, de la naturaleza más íntima de las pulsiones; tiene el suficiente poder para doblegar al principio de placer, confiere carácter demoníaco a ciertos aspectos de la vida anímica, se exterioriza todavía con mucha nitidez en las aspiraciones del niño pequeño y gobierna el psicoanálisis de los neuróticos en una parte de su decurso. Todas las elucidaciones anteriores hacen esperar que se sienta como ominoso justamente aquello capaz de esa compulsión interior de repetición.

Freud señala que si la teoría psicoanalítica acierta cuando asevera que todo afecto de una moción de sentimientos, de cualquier clase que sea, se trasmuda en angustia por obra de la represión, entre los casos de lo que provoca angustia existirá por fuerza un grupo en que pueda demostrarse que eso angustioso es algo reprimido que retorna. Esta variedad de lo que provoca angustia sería justamente afecto. En segundo lugar si esta es de hecho la naturaleza secreta de lo ominoso, comprendemos que los usos de la lengua hagan pasar lo "*Heimliche*" [lo "*familiar*"] a su opuesto, lo "*Unheimliche*"⁴¹, pues esto ominoso no es efectivamente algo nuevo o ajeno, sino algo familiar de antiguo a la vida anímica, sólo enajenado de ella por el proceso de la represión. Ese nexo con la represión

⁴⁰ Ver Freud, *Lo ominoso*, pág. 237

⁴¹ De la revisión del término en alemán, ver Freud, *Lo ominoso*, pág. 241

nos ilumina ahora también la definición de *Schelling*⁴², según la cual lo ominoso es algo que, destinado a permanecer en lo oculto, ha salido a la luz.

Lo ominoso del vocablo alemán *Unheimliche*, es lo familiar-intrañable (*Heimliche-Heimische*) que ha experimentado una represión y retorna desde ella, y necesariamente todo lo ominoso debe cumplir con esa condición. Pero no todo lo que recuerda a mociones de deseo reprimidas y a modo de pensamiento superados de la prehistoria individual y de esa época primordial de la humanidad es ominoso por eso solo.

Lo ominoso del vivenciar responde a la ya expuesta condición simple, siempre se lo puede reconducir a lo reprimido familiar de antiguo, pero abarca un número de casos de diversa índole. Se tiene lo ominoso de la impotencia de los pensamientos, del inmediato cumplimiento de los deseos, de las fuerzas que procuran daño en secreto, del retorno de los muertos, como lo expresa Freud en el siguiente ejemplo: *Entonces es cierto que uno puede matar a otro por el mero deseo, que los muertos siguen viviendo y se vuelven visibles en los sitios de su anterior actividad, y cosas semejantes. Aquí se trata de un asunto del examen de realidad, de una cuestión de la realidad material.*

Otra cosas sucede con lo ominoso que parte de complejos infantiles reprimidos, del complejo de castración, de la fantasía de seno materno, etc. Se trata de una efectiva represión (desalojo) de un contenido y del retorno de lo reprimido, no de la cancelación de la *creencia en la realidad* de ese contenido.

En el trabajo terapéutico el enfermo en tratamiento puede no recordar todo lo que hay en él de reprimido, si tal sucede, no adquiere convencimiento ninguno sobre la justeza de la construcción que se le comunicó. Más bien se ve forzado a *repetir* lo reprimido como vivencia presente, en vez de *recordarlo*, como el analista preferiría, en calidad de fragmento del pasado. De acuerdo con Freud esta reproducción, que emerge con fidelidad no deseada, tiene siempre por contenido

⁴² Ver Freud, *Lo ominoso*, pág. 237

un fragmento de la vida sexual infantil y, por tanto, del complejo de Edipo y sus ramificaciones; y regularmente se escenifica en el terreno de la transferencia, esto es, de la relación con el analista. Cuando en el tratamiento las cosas se han llevado hasta este punto, puede decirse que la anterior neurosis ha sido sustituida por una nueva, una neurosis de transferencia.

Por lo general, el analista no puede ahorrar al analizado esta fase de la cura; tiene que dejarle revivenciar cierto fragmento de su vida olvidada, cuidando que al par que lo hace conserve cierto grado de reflexión en virtud de la cual esa realidad aparente pueda individualizarse cada vez como reflejo de un pasado olvidado. Con esto se habrá ganado el convencimiento del paciente y el éxito terapéutico que depende del aquel. Se elimina esta oscura compulsión de repetición poniendo en oposición, el yo coherente y lo *reprimido*.

Lo que la compulsión de repetición hace revivenciar entonces, no puede menos que provocar displacer al yo, puesto que saca a la luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas. Empero, ya se ha considerado esta clase de displacer: no contradice al principio del placer, es displacer para un sistema y, al mismo tiempo, satisfacción para el otro.

Como ejemplo de ello Freud le llama *traumáticas* a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo, en las cuales en un primer momento el principio de placer quedará abolido. La tarea será más bien: dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación. Se produce una enorme “contrainvestidura” a favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos, de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica.

En el caso de los sueños traumáticos, éstos buscan recuperar el dominio sobre el estímulo por medio de un desarrollo de angustia cuya omisión causó la neurosis traumática. Proporcionan así una perspectiva sobre una función del aparato anímico que, sin contradecir al principio de placer, es empero

independiente de él y parece más originaria que el propósito de ganar placer y evitar placer. Pero los mencionados sueños de los neuróticos traumáticos ya no pueden verse como cumplimiento de deseo; tampoco los sueños que se presentan en los psicoanálisis, y que nos devuelven el recuerdo de los traumas psíquicos de la infancia. Más bien obedecen a la compulsión de repetición, que en el análisis se apoya en el deseo de convocar lo olvidado y reprimido.

Capítulo II. La repetición en la transferencia como cura en el proceso analítico

Una vez revisado la concepción teórica sobre la repetición, a continuación se presenta un breve seguimiento teórico sobre el concepto de transferencia en Freud y otros psicoanalistas para luego dar pie al concepto de contratransferencia de acuerdo con Haydée Faimberg.

2.1 Definición de transferencia

En términos psicoanalíticos la transferencia es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación psicoanalítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Es el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.⁴³

La palabra *transferencia*, en lo común implica un desplazamiento de valores, de derechos, de entidades, más que un desplazamiento material de objetos. Este término ha adquirido, para muchos autores, una extensión muy amplia, llegando a designar el conjunto de los fenómenos que constituyen la relación del paciente con el psicoanalista, por lo cual comporta, mucho más que cualquier otro término, el conjunto de las concepciones de cada analista acerca de la cura, su objeto, su dinámica, su táctica, sus metas, etc.

En la historia del concepto, en Freud, existe una separación cronológica entre las concepciones explícitas y la experiencia efectiva, separación que comprobó a sus expensas, como él mismo observó en el *caso Dora*.⁴⁴

Para Freud:

⁴³ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario...*, págs.439-444

⁴⁴ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario...* pág. 440

*[...la representación inconsciente es, como tal, incapaz de penetrar en el preconscious, y sólo puede ejercer su efecto entrando en conexión con una representación anodina que pertenezca ya al preconscious, transfiriendo su intensidad sobre ella y ocultándose en ella.]*⁴⁵

De igual forma, en *Estudios sobre la histeria*, Freud explicaba los casos en que una determinada paciente transfería sobre la persona del médico las representaciones inconscientes:

*El contenido del deseo aparecía primeramente en la conciencia de la enferma sin ningún recuerdo de las circunstancias ambientales que hubiera hecho referirlo al pasado. Entonces el deseo presente, en función de la compulsión a asociar que dominaba en la conciencia, se ligaba a una persona que ocupaba legítimamente los pensamientos de la enferma: y como resultado de esta unión inadecuada que yo denomino falsa conexión, se despertaba el mismo afecto que en otra época había impulsado a la paciente a rechazar este deseo prohibido.*⁴⁶

De acuerdo a Laplanche y Pontalis, en un principio, la transferencia, para Freud, por lo menos desde un punto de vista teórico, no es más que un caso particular de desplazamiento del afecto de una representación a otra. Si es elegida preferentemente representación del analista, ello se debe a que constituye una especie de “resto diurno” siempre a disposición del sujeto, y a que este tipo de transferencia favorece la resistencia, por cuanto la declaración del deseo reprimido se vuelve particularmente difícil cuando debe hacerse a la misma persona a la que apunta. Freud no consideraba en esos momentos que la transferencia formara parte de la esencia de la relación terapéutica.⁴⁷

Numerosas expresiones ponen de manifiesto que Freud no asimila el conjunto de la cura, en su estructura y dinámica, a una relación de transferencia, por ejemplo Freud dice:

⁴⁵ En *Des traumdeutung (1900)*, ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario...*

⁴⁶ Ver Freud, *Estudios sobre la histeria*

⁴⁷ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario...*

¿Qué son las transferencias? Son reimpresiones, reproducciones de las mociones y de los fantasmas, que deben ser develados y hechos conscientes a medida que progresa el análisis; lo característico de ellas es la substitución de una persona anteriormente conocida por la persona del médico.⁴⁸

Acerca de estas transferencias Freud indica que no son diferentes por naturaleza, tanto si se dirigen al analista como a alguna otra persona, y, por otra parte, sólo pueden convertirse en aliados de la cura a condición de ser explicadas y destruidas una por una.

Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, y especialmente la ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación, aclara que: *Era necesario que [el paciente de Análisis de un caso de neurosis obsesiva] se convenciese, por el doloroso camino de la transferencia, de que su relación con el padre implicaba realmente este complemento inconsciente⁴⁹*

En este sentido, Freud distingue dos transferencias: una positiva, otra negativa, una transferencia de sentimientos de ternura y otra de sentimientos hostiles. Se observa la similitud entre estos términos y los de componentes positivos y negativo del complejo de Edipo.

Es esta extensión del concepto de transferencia, que hace de ésta un proceso que estructura el conjunto de la cura según el prototipo de los conflictos infantiles, conduce a Freud a establecer una noción nueva, la de una neurosis de transferencia

En palabras del autor:

[... constantemente llegamos a atribuir a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación transferencial, a remplazar la neurosis

⁴⁸ Ver Freud, *Fragmento de análisis...*, pág. 101

⁴⁹ Ver Freud, *A propósito de un...*

*corriente por una neurosis de transferencia, de la cual [el enfermo] puede ser curado mediante el trabajo terapéutico*⁵⁰

Freud constata que el mecanismo de la transferencia sobre la persona del médico se desencadena en el mismo momento en que están a punto de ser develados algunos contenidos reprimidos especialmente importantes. En este sentido, la transferencia aparece como una forma de resistencia y señala al mismo tiempo la proximidad del conflicto inconsciente. Esta segunda dimensión adquiere una importancia progresivamente creciente; a los ojos de Freud:

*La transferencia, tanto en su forma positiva como negativa, se pone al servicio de la resistencia; pero en manos del médico, se convierte en el más potente de los instrumentos terapéuticos y desempeña un papel difícil de sobrevalorar en la dinámica del proceso de curación*⁵¹

Pero también se aprecia a la inversa, que, incluso cuando Freud va más lejos en reconocer el carácter privilegiado de la repetición en la transferencia no deja de subrayar inmediatamente la necesidad que tiene el analista [*...de limitar al máximo el ámbito de esta neurosis de transferencia, de presionar la mayor cantidad posible de contenido hacia el camino del recuerdo y abandonar lo menos posible a la repetición.*]⁵²

Freud reconoce que las manifestaciones transferenciales son tanto más imperiosas cuanto más próximo se encuentra el *complejo patógeno*, y cuando las relaciona con una compulsión a la repetición indica que esta compulsión no puede manifestarse en la transferencia [*... antes de que el trabajo de la cura haya venido a su encuentro relajando la represión.*]⁵³

La reproducción en la transferencia [*...se presenta con una fidelidad no deseada [y que] ...tiene siempre como contenido un fragmento de la vida sexual*

⁵⁰ Ver Freud, *Recordar, repetir...*, pág. 156

⁵¹ Ver Freud, *Dos artículos...*, pág. 243

⁵² Ver Freud, *Dos artículos...*, págs. 18-23

⁵³ Ver Freud, *Dos artículos...*, págs. 18-23

*infantil, y por tanto del complejo de Edipo y sus ramificaciones...*⁵⁴ En este texto la repetición en la transferencia constituye uno de los datos invocados por Freud para justificar el hecho de situar en primer plano la compulsión a la repetición: en la cura se repiten situaciones y emociones, en las que finalmente se expresa la indestructibilidad de la fantasía inconsciente.

2.2 La *transferencia* en los diferentes momentos de la teoría

En el seguimiento cronológico sobre las diferentes conceptualizaciones de la *transferencia* en Freud; Ruíz destaca la neurosis de transferencia como un descubrimiento importante en la obra del autor. En 1905, Freud deja constancia en *Análisis fragmentario de una histeria* (o “caso Dora”), de la existencia de una neurosis de transferencia al postular que en la cura psicoanalítica la productividad sintomática de la neurosis no se extingue, sino que crea [...*un orden especial de productos mentales, inconscientes en su mayor parte*]⁵⁵, a los que llama transferencia. Son reediciones de los impulsos y fantasías que han de hacerse conscientes en el curso de un análisis, pero que aparecen falsamente conectadas a la persona del analista.⁵⁶

El analista [dice Freud] ha de adivinarla por levísimos indicios y ha de evitar incurrir en arbitrariedad. J. Lacan retomará esta cuestión planteada por Freud para decir que el analista no es libre en la transferencia, en el sentido de que el paciente le adjudica un lugar que él no decide. Por otro lado, el tratamiento analítico no crea la transferencia, sino que se limita a descubrirla como un elemento de la vida psíquica.⁵⁷

En 1904, Freud habría argumentado que el psicoanálisis se apoya en uno de los medios de cura más antiguos de la medicina, por el que el sufrimiento del paciente le lleva a depositar su confianza en el médico en una *espera crédula* de curación. Este factor sugestivo de la transferencia se puede encontrar en cualquier

⁵⁴ Ver Freud, Dos artículos..., págs. 18-23

⁵⁵ Ver Freud, *Fragmento de un análisis...* pág 101

⁵⁶ Ruiz, *Transferencia*.

⁵⁷ Ruiz, *Transferencia*, Pág. 502

relación intersubjetiva, pero lo que le importa a Freud es evaluar su incidencia terapéutica en la relación médico-enfermo. A diferencia de la técnica sugestiva que es lo más opuesto, pues no se ocupa del *origen, fuerza y sentido de los síntomas* sino que se sobrepone de tal forma sobre el paciente que impide el trabajo de asociación y elaboración de éste, silenciando su decir inconsciente.⁵⁸

Entre 1912 y 1914, Freud escribe los textos fundamentales sobre la transferencia: *Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*, *Recordar, repetir y elaborar (1914)*, y *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1914)*.

En *Sobre la dinámica de la transferencia*, Freud se ocupa del aspecto libidinal de la transferencia, hasta el punto de que llega a afirmar que las huellas de la vida erótica llegan a conformar un clisé que el sujeto repetirá de manera casi invariable en el análisis. Añade en este texto algunas puntualizaciones sobre cómo la transferencia se produce necesariamente en una cura psicoanalítica y el papel que desempeña en el tratamiento⁵⁹.

En palabras de Freud:

*[...todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse.]*⁶⁰

Sólo un sector de las mociones pulsionales determinantes de la vida amorosa recorren el pleno desarrollo psíquico, otra parte ha sido demorada en el desarrollo, está apartada de la personalidad consciente así como de la realidad objetiva, y solo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconsciente, siendo entonces no consabida para la conciencia de la personalidad. Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de

⁵⁸ Freud, *Sobre psicoterapia*.

⁵⁹ Freud, *Sobre la dinámica...*

⁶⁰ Freud, *Sobre la dinámica...*, pág. 97

manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativa libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento.

Esta investidura libidinal de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico, insertará al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento. Esta transferencia sale al paso como *la más fuerte resistencia* al tratamiento. Queda bien demostrado en las situaciones cuando las asociaciones libres de un paciente se deniegan, en todos los casos es posible eliminar esa parálisis aseverándole que ahora él está bajo el imperio de una ocurrencia relativa a la persona del médico o a algo perteneciente a él. A primera vista, de acuerdo a Freud, es una desventaja metódica del psicoanálisis que en él la transferencia, de ordinario la más poderosa palanca del éxito, se mude en el medio más potente de la resistencia.

La libido (en todo o en parte) se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imagos infantiles. Y bien hasta allí sigue la cura analítica, que quiere pillarla, volverla de nuevo asequible a la conciencia y, por último, ponerla al servicio de la realidad objetiva. Toda vez que la investigación analítica tropieza con la libido retirada en sus escondrijos, no puede menos que estallar un combate; todas las fuerzas que causaron la regresión de la libido se elevarán como unas resistencias al trabajo, para conservar ese nuevo estado.

La resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento, cada ocurrencia singular, cada acto del paciente, tiene que tomar en cuenta la resistencia, se constituye como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían. La idea transferencial ha irrumpido hasta la conciencia a expensas de todas las otras posibilidades de ocurrencia, este proceso se repite innumerables veces en la trayectoria de un análisis. Siempre que el analista se aproxima a un complejo patógeno, primero se adelanta

hasta la conciencia la parte del complejo susceptible de ser transferida, y es defendida con la máxima tenacidad.

Freud da cuenta de que no se puede tratar a la transferencia “a secas”, se decide a separar una transferencia “positiva” de una “negativa”, la transferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles, y trata por separado ambas variedades de transferencia. La positiva a su vez, la descompone en la de sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de conciencia, y la de sus persecuciones en lo inconsciente. La transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es una transferencia negativa, o una positiva de mociones eróticas reprimidas.

A finales de 1914, se publicó el texto *Recordar, Repetir y Reelaborar* donde Freud elabora un breve seguimiento de la técnica en la que concluye que:

[...el médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez, y se vale del arte interpretativo, en lo esencial, para discernir las resistencias que se recortan en el enfermo y hacérselas conscientes.]⁶¹

Así el autor establece que la meta de esta técnica es en términos descriptivos: llenar las lagunas del recuerdo o en términos dinámicos, vencer las resistencias de represión.

El olvido de impresiones, escenas, vivencias, se reduce las más de las veces a un bloqueo de ellas. El olvido experimenta otra restricción al apreciarse los recuerdos encubridores, de tan universal presencia. La amnesia infantil está contrabalanceada en su totalidad por los recuerdos encubridores. En estos no se conserva sólo algo esencial de la vida infantil, sino en verdad todo lo esencial.

Los otros grupos de procesos psíquicos que como actos puramente internos uno puede oponer a las impresiones y vivencias –fantasías, procesos de

⁶¹ Ver Freud, *Sobre la dinámica...*, pág. 149

referimiento, mociones de sentimiento, nexos- deben ser considerados separadamente en su relación con el olvidar y el recordar. Aquí sucede, con particular frecuencia, que se recuerde algo que nunca pudo ser olvidado porque en ningún tiempo se lo advirtió, nunca fue consciente.

Para Freud, el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace. Por ejemplo: el analizado no refiere acordarse de haber sido desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres; en cambio, se comporta de esa manera frente al médico. Él empieza la cura con una repetición.⁶²

El autor sugiere que tras comunicar al paciente la regla fundamental del psicoanálisis, y exhortarlo luego a decir todo cuanto se le ocurra, se espera que sus comunicaciones afluyan en torrente, pero experimenta, al principio, que no sabe decir palabra. Calla, y afirma que no se le ocurre nada. Durante el lapso que permanezca en tratamiento no se liberará de esta compulsión de repetición, esta es su manera de recordar.

Se advierte en *Recordar, Repetir y Reelaborar*, que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico, también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. Se tiene que estar preparado para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora el impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico, sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida. Mientras mayor sea la resistencia, tanto más será sustituido el recordar por el actuar (repetir). Si la cura empieza bajo el patronazgo de una transferencia suave, positiva y no expresa, esto permite, como en el caso de la hipnosis, una profundización en el recuerdo, en cuyo trascurso hasta callan los síntomas patológicos; pero si en el ulterior trayecto esa transferencia se vuelve hostil o hiperintensa, y por eso necesita de represión, el recordar deja sitio

⁶² Ver Freud, *Sobre la dinámica...*, pág. 149.

enseguida al actuar. Y a partir de ese punto las resistencias comandan la secuencia de lo que se repetirá.

Ahora, se repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas. El hacer repetir en el curso del tratamiento analítico equivale a convocar un fragmento de la vida real, y por eso no en todos los casos puede ser inofensivo y carente de peligro. De aquí arranca todo el problema del a menudo inevitable *empeoramiento durante la cura*.

Ulteriores peligros nacen por hecho de que al progresar la cura pueden también conseguir la repetición mociones pulsionales nuevas, situadas a mayor profundidad, que todavía no se habían abierto paso. Por último las acciones del paciente fuera de la transferencia pueden conllevar pasajeros perjuicios para su vida, o aun ser escogidas de modo que desvaloricen duraderamente las perspectivas de la salud.

El reproducir en un ámbito psíquico sigue siendo la meta, aunque no se lo logre. Se dispone a librar una permanente lucha con el paciente a fin de retener en un ámbito psíquico todos los impulsos que él querría guiar hacia lo motor, y si consigue tramitar mediante el trabajo del recuerdo algo que el paciente preferiría descargar por medio de una acción, se lo celebra como un triunfo de la cura. Cuando la ligazón transferencial se ha vuelto de algún modo viable, el tratamiento logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico.

El principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. Se vuelve esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar

patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud de restar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico. La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquella a esta.

De las reacciones de repetición, que se muestran en la transferencia, los caminos consabidos llevan luego al despertar de los recuerdos, que, vencidas las resistencias, sobrevienen con facilidad.

Ahora bien, es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él; para *reelaborarla*, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental.

Esta práctica, esta reelaboración de las resistencias puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el médico. No obstante, es la pieza del trabajo que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y que distingue al tratamiento analítico de todo influjo sugestivo.

A comienzos de 1915 se publicó el texto *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* en que, como el título lo indica, Freud elaboró una serie de puntualizaciones hacia los nuevos analistas que se ven comprometidos en el amor de transferencia. Dice que todo principiante en el psicoanálisis teme al comienzo las dificultades que le depararán la interpretación de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido.

La cura tiene que ser realizada en la abstinencia. Por abstinencia Freud no se refiere a la corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, sino que: *[...hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionales del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante*

subrogados".⁶³ Para el autor si el cortejo de las pacientes que manifestaban amor por el médico, fuera correspondido entonces sería un triunfo para la paciente no así para la cura. Ella habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: actuar, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico.

Se trata en el análisis de retener la transferencia de amor, pero se le ve como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo.

En resumen, con el estudio de la transferencia en Freud se puede llegar al punto de afirmar que hay análisis cuando el analista se sirve de la transferencia para conducir la cura, posibilitando que el paciente mantenga la suficiente independencia de criterio como para hacerse responsable de su enfermedad y de sus cambios subjetivos. Así mismo, cobra vital importancia el principio de abstinencia que se basa en la necesidad de que la cura se conduzca de tal modo que el paciente no encuentre en ella satisfacciones sustitutivas de sus síntomas.

2.3 El tiempo y el espacio de la transferencia

Si la cura se busca a través de los movimientos transferenciales, entonces se debe tener en cuenta los aspectos que giran en torno a este fenómeno. Dentro de los escritos técnicos sobre la transferencia, Freud publicó para 1913 el texto *Sobre la iniciación del tratamiento*, en el que se formulan algunas reglas sobre la iniciación de la cura y por tanto de la transferencia. Sobre lo último el autor establece que:

[...prolongadas entrevistas previas antes de comenzar el tratamiento analítico, hacerlo preceder por una terapia de otro tipo, así como un conocimiento anterior entre el médico y la persona por analizar, traen nítidas consecuencias desfavorables [...] hacen que el paciente enfrente al médico con

⁶³ Ver Freud, *Puntualizaciones sobre...*, pág. 168

*una actitud transferencial ya hecha, y este deberá descubrirla poco a poco, en vez de tener la oportunidad de observar desde su inicio el crecer y el devenir de la transferencia.*⁶⁴

En otras ocasiones algunos pacientes empiezan su cura con la desautorizadora afirmación de que no se les ocurre nada que pudieran narrar, y ello teniendo por delante, intacta, toda la historia de su vida y de su enfermedad. No se debe ceder, ni a esta primera vez ni a las ulteriores, a su ruego de que se les indique aquello sobre lo cual deben hablar. El aseguramiento, repetido de que no existe semejante falta de toda ocurrencia para empezar, y de que se trata de una resistencia contra el análisis, pronto constriñe al paciente a las conjeturadas confesiones o pone en descubrimiento una primera pieza de sus complejos.

El paciente ha pensado en la cura como tal, pero en nada determinado de ella, o lo atareó la imagen de la habitación donde se encuentra, o se ve llevado a pensar en los objetos que hay en esta, etc., todo lo cual él ha sustituido por la noticia “nada”. Tales indicaciones son bien inteligibles; todo lo que se anuda a la situación presente corresponde a una transferencia sobre el médico, la que prueba ser apta para una resistencia. Así, uno se ve forzado a empezar poniendo en descubierto esa transferencia; desde ella se encuentra con rapidez el acceso al material patógeno.

Dice Freud:

*Mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyen sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia. Es preciso aguardar para este, el más espinoso de todos los procedimientos, hasta que la transferencia haya devenido resistencia.*⁶⁵

El analista debe empezar a comunicar al paciente no antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un *rapport* en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a este y a la persona del

⁶⁴ Ver Freud, *Sobre la iniciación...*, pág. 127

⁶⁵ Ver Freud, *Sobre la iniciación...*, pág. 140

médico. Para ello no hace falta más que darle tiempo. Si se testimonia un serio interés, se pone cuidado en eliminar las resistencias que afloran al comienzo y se evitan ciertos yerros, el paciente por sí solo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imágenes de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor.

El motor más directo de la terapia es el padecer del paciente y el deseo, que ahí se engendra, de sanar. Según se lo descubre sólo en curso del análisis, es mucho lo que se debita de la magnitud de esta fuerza pulsional, sobre todo la ganancia secundaria de la enfermedad. Pero esta fuerza pulsional misma, de la cual cada mejoría trae aparejada su disminución, tiene que conservarse hasta el final. En cuanto a las magnitudes de afecto requeridas para vencer las resistencias, las suple movilizando las energías aprontadas para la transferencia; y mediante las comunicaciones oportunas muestra al enfermo los caminos por los cuales debe guiar esas energías. La transferencia a menudo basta por sí sola para eliminar los síntomas del padecer, por ello de manera sólo provisional, mientras ella misma subsista. Así sería sólo un tratamiento sugestivo, no un psicoanálisis; merecerá este último nombre únicamente si la transferencia ha empleado su intensidad para vencer las resistencias.

Otros psicoanalistas han elaborado fecundos avances metapsicológicos sobre los espacios psíquicos, tal es el caso de André Green quien elabora una revisión de diferentes conceptos en autores como Winnicott y su concepto de “*espacio transicional*”, la teoría remite a un espacio al que hay que concebir en abstracto, no tanto por los acontecimientos que pasan a ocuparlo como por aquellos que, virtualmente, pueden deshacer o rehacer lo que ha tenido lugar en él.⁶⁶

Bion, por su parte, propone un modelo de relaciones entre continente y contenido, introduce también una forma especializada que enmarca las relaciones de objeto internas.

⁶⁶ Ver Green, *El tiempo fragmentad*, págs. 17-21

Bouvet se ocupa sobre la distancia al objeto, distancia también ella puramente metafórica por cuanto, en este caso, se la explica imaginando lo que sería acercarse al objeto en caso de hallarse levantadas todas las defensas.

Por otro lado, Serge Viderman, desde una perspectiva constructivista, desarrolló el concepto de un espacio analítico en el cual se forjan significaciones que, en vez de repetir el pasado por efecto de la transferencia, nacen por primera vez en esta.

Jean-Luc Donnet propuso la idea de *yacimiento analítico*, en el sentido de un lugar de establecimiento humano que es el de la situación analizante. En continuidad con las concepciones de Bleger y Winnicott, se asocia a ella la idea de encuadre, delimitación eminentemente espacial. La elocuente descripción de Donnet aloja la transferencia, el proceso, la interpretación, la creencia y, por último, la contratransferencia. El yacimiento es el lugar de su demostración para quienes se convencieron de él en virtud de sus propios análisis. Pero es también el lugar donde se activa el secreto de la contratransferencia. Yacimiento como espacio de la confesión, yacimiento como protector de una intimidad no develada; yacimiento, por fin, como puesta a prueba de las concepciones teóricas en conflicto abierto.

En cuanto el tiempo de la transferencia, Green elabora un análisis de los diferentes tiempos de la cura, refiere que desde que la práctica analítica nació, el tiempo no dejó de prolongarse hasta tal punto que, lejos de aprovechar la profundización de la experiencia para acortar su duración, habiendo pasado a ser indefinidamente extensivo de un análisis sin final previsible, acabó convertido en una razón disuasiva para emprenderlo. La pregunta que formula muy a menudo quien considera la posibilidad de analizarse es: *¿Cuánto tiempo llevará esto?*, no genera respuesta por parte del analista; y ello, no por que este se proponga preservar algún misterio sino porque, en verdad, no lo sabe: precisamente porque el paciente aún no está en situación analizante y porque el analista, además de no ser dueño del tiempo, no tienen idea ni del ritmo en que se develará el

inconsciente ni de las resistencias. No obstante, sería incorrecto decir simplemente que el análisis sigue un camino paralelo al de la vida, en realidad, se confunde con ella.⁶⁷

La cuestión del tiempo se desvanece tras la única demanda que las releva a todas: *¿Qué es, entonces, lo que espero ser?* Desde *Análisis terminable e interminable*, la recomendación de reanálisis recibió la caución de Freud. Para Green un largo análisis llevado a cabo en varios períodos le parece tener mejores posibilidades de conseguir modificaciones estructurales que un análisis único a un ritmo intenso. Si el inconsciente es cabalmente esa reserva de sentidos y de fuerzas siempre activas, siempre pronta a cooptar nuevos representantes para alimentar su materia y reforzar sus cimientos, encuentra también la oposición de la vigilante homeostasis del yo en sus tentativas de invadir la conciencia.

El análisis del tiempo en la cura se asocia también al problema de los aspectos de la rememoración que hemos visto extenderse del recuerdo inconsciente a la compulsión de repetición actuada, evocadora de un automatismo, es decir, de una degradación de las propiedades del psiquismo, el cual habría perdido su plasticidad anterior.

Por otra parte sobre el tiempo de las sesiones, Green señala que la sesión es la unidad de tiempo del análisis, aquella por la que se evalúa el trabajo analítico en cada encuentro. Aquella que torna inteligible la acción del analista en su trabajo. Muy a menudo este es puesto a prueba por la escucha de lo que sucede a la interpretación propuesta, sea durante el encuentro o en oportunidad de una supervisión. La reseña de una sucesión de sesiones ofrece entonces la posibilidad de evaluar las hipótesis por el relato de una de ellas o, mejor aún, planteadas por determinada circunstancia de una de ellas, momento al que se le otorga la libertad asociativa hasta un horizonte aproximadamente definible.⁶⁸

⁶⁷Ver Green, *El tiempo fragmentado*, págs. 65-71

⁶⁸Ver Green, *El tiempo fragmentado*, págs. 65-71

En una sesión el paciente entra en la habitación, se tiende y, tras un tiempo variable de silencio, habla y cuando lo hace, el analista debe apreciar aquello que en este discurso le está dirigido así como a qué se refiere. Por supuesto, la totalidad está dirigida a él, pero es importante discriminar entre lo que apunta a él directamente y lo que sólo lo involucra después de un rodeo. Lo fundamental es que ese entramado de palabras va a formar una red arborescente como la que Freud describió, véase figura 1.⁶⁹

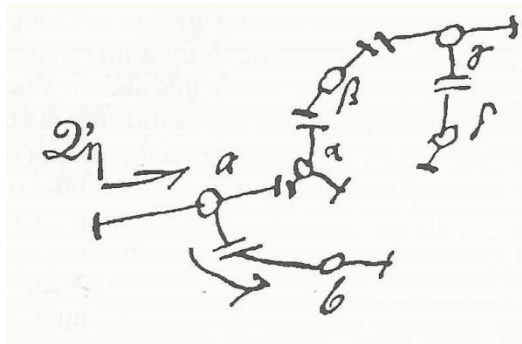


Figura 1. Red arborescente descrito por Freud en 1895

Se puede observar que la cantidad de energía circulante, o sea la investidura de la palabra en asociación libre que enlazará un semantema consciente “a” referido a otro supuestamente sucesivo “b”, inconsciente puesto que está reprimido, y donde el corte de la vía de “a” hacia “b” encarna a la represión y a la resistencia, mientras se desarrolla en ese mismo lugar el camino lateral utilizando por las asociaciones disponibles, productor de derivados conscientes y preconscientes α , β , γ , δ , en un recorrido que comprende numerosos ramales.

Se suma a ella la función crucial, en la ligazón “a” hacia “b”, del placer (facilitador) o del displacer (inhibidor o destinado a prevenir su aparición). Si en esta búsqueda no siempre se confiesa el placer, en cambio la evitación del displacer es permanente. La vocación del objeto (de la transferencia) es abarcar el conjunto de las operaciones. A lo que se apunta doblemente: a largo plazo, como

⁶⁹Ver Freud, *Proyecto de psicología*, pág. 369

destinatario del mensaje, a corto y mediano plazo, con cada enlace implicado por el tránsito de un término a otro, cualquiera sea la modalidad –progresiente o regrediente- del recorrido.

Cuando los afectos del placer y displacer no apuntan a él directamente, su tutela se manifiesta por su función, que asegura el despliegue del proceso, y por la regulación entre facilitación e inhibición. No sólo porque él acompaña a su progresión, sosteniéndola –cuando no la induce él mismo-, sino porque va a autorizar la inversión autorreflexiva del funcionamiento psíquico del paciente, quien acabará por admitir que, de todos modos, *de lo que se trata es de su palabra*, palabra que pone en evidencia su diferencia sustancial respecto del hablar corriente.

El carácter insospechado de la distancia entre la palabra analítica de la asociación libre y su ejercicio en el vínculo de intercambio corriente, acaba por emerger gracias a la capacidad de la primera de desbaratar los ardides de la resistencia ante los empujes subrepticios, o a veces intempestivos, del inconsciente. Y de ese diálogo aparentemente trivial con el analista surgirá la toma de conciencia sorprendente de la transferencia. Ella emerge no tanto de los sentimientos directos volcados al analista cuanto de su importancia retroactiva, revelada por su presencia insospechada en todas las etapas del proceso asociativo.

Con cada frase emitida, con cada serie de palabras, morfemas y fonemas, se produce una doble operación. Por un lado, lo que se dice forma y facilita el proceso del pensamiento secundario al establecer en el transcurso de la progresión, vínculos léxicos y sintácticos que generan sentido por partida doble; superficialmente, con relación a la lógica del enunciado en su vínculo con la enunciación, y profundamente, en la relación indirecta con el inconsciente a través de diversas vías representacionales, presentadas o supuestas por inferencia. Al mismo tiempo y paralelamente, a cada segmento del discurso enunciado corresponden pensamientos no dichos que, al mismo tiempo que tienden a

expresarse cuando pueden, retroactúan sobre la vía ya abierta o, para ser más precisos, sobre cualquiera de los términos ya enunciados por este recorrido, creando un enlace procesual retrospectivo obtenido por vía regrediente.

Gracias a la asociación libre y bajo la presión del inconsciente, la categorización jerárquica que habita al enunciado resulta ignorada; la linealidad secuencial aparente es atravesada por lo que Green denominó efectos de “*reverberación retroactiva*” –un elemento dado se refleja por su nexos con otro elemento anteriormente nombrado en el discurso- y de “*anticipación anunciadora*” –un elemento dado forma nexos de antemano con tal o cual otro imprevisiblemente venidero-. Con ello la asociación libre se descarga de su enlace tanto con la categorización jerárquica del discurso cuanto con la progrediencia (o con su inverso, la regrediencia) y da nacimiento a una temporalidad pluridireccional, productora de una arborescencia reticulada que contrasta con el orden de las palabras de la frase interpretada según la lógica de lo consciente.⁷⁰

Lo importante para Green es entender que estos enlaces no se traducen necesariamente por nuevos enunciados sino que se establecen en silencio, reforzando lo que se verbaliza con todo lo implícito que en la escucha, le confiere su densidad y su espesor participando de manera a veces catalítica en la creación, esta vez efectiva, de un fragmento venidero, que no habría podido enunciarse sin esos enlaces mudos actuando de manera latente. Y a veces, cuando la enunciación no ha tenido lugar, el vínculo se ha establecido sin embargo en silencio. Se lo adivinará *après coup* (o *aposteriori*), con el examen atento de las asociaciones subsiguientes. De este modo, la palabra psicoanalítica expuesta al inconsciente, facilitando unas veces su paso a la conciencia y otras padeciendo el freno de la resistencia.

Otra posibilidad es que, en el curso de la enunciación, ciertos términos pueden caer, es decir que su indecibilidad no se resume en que se los calla sino

⁷⁰ Ver Green, *El tiempo fragmentado*, págs. 17- 21

que la moviliza una orden terminante de no decir o, precisamente, de reprimir, de borrar, en lo relativo a tal o cual fragmento del movimiento discursivo.

En suma, cuanto más habla el analizante, cuanto más dice, más habla sin decir del todo, más dice, más certifica, por los agujeros de su discurso, que reprime una parte de su decir o reactiva la atención sobre lo que no se dijo. La relación entre lo dicho y lo no dicho modifica el equilibrio de la palabra que está diciéndose con relación al esfuerzo contrario de no decir o de dispensarse de ello con los pretextos más diversos, lo que no deja de tener efectos sobre las representaciones de cosas, privadas así de la posibilidad de transformarse en palabras. Esta relación puede provocar, de rebote, las manifestaciones intempestivas de otro decir que escapa al dilema de decir o de no decir.

Dos temporalidades se ejercitan en el interior de la actividad consciente: una en superficie, moviéndose con arreglo a la regularidad que gobierna al lenguaje y obedeciendo, pues, a la formación de las secuencias lingüísticas lineales según una progresión determinada; y otra que subyace a esta, y que aprovecha la ocasión de la asociación libre (pero con todo linealmente inteligible) para sustentar un sistema de enlace aleatorio, cambiante, des-jerarquizado, des-categorizado, más o menos actualizado, y que requiere otra escucha (atención flotante) guiada por nuevos referentes organizados en cadena según el principio de placer-displacer o, más allá, de la compulsión de repetición del inconsciente al ello en contacto inmediato con el preconscious.

Hablar en análisis es decir aquello que quiere vivir, liberándose de un psiquismo constreñido, pero también ahogar en parte esa vida a causa de las interferencias con lo que no debe ser actuado ni vivido ni dicho ni pensado, sino que debe conformarse con que se lo deje momentáneamente en reserva, sin perjuicio de prestar servicios llegada la oportunidad. Es, a modo de consecuencia, tener que prestar una toda su atención a lo que se sitúa en las proximidades de la frontera entre lo dicho y lo no dicho, lateralmente, es decir, de manera oblicua e indirecta con respecto a esta relación. Y, a veces, también, gracias a un cambio de

registro que pondrá la comunicación al margen de las vías de la palabra. Lo cual significa que la continuación de lo dicho está siempre desfasada respecto de la pregunta: *¿Qué quiere decir eso?*

Deben añadirse dos características, la primera nos obliga a no subestimar el papel de la retroactividad del proceso. Debe darse cuenta de lo que se enuncia por un efecto de revisión de la marcha discursiva hacia atrás, agregándole las expectativas de un advenir ulterior. Así pues, la linealidad se ve desbaratada por todos lados, en la verticalidad, por la relación dicho-no dicho; en la horizontalidad, por la retroacción que podríamos llamar el *après coup de la relación con el decir y con el silencio*⁷¹, que, precisamente a causa de su incompletud, tiende hacia un suplemento requerido. La segunda característica es la consideración de los intervalos entre los elementos de lo dicho.

Al mismo tiempo que el destinatario es el objeto del discurso, las condiciones de producción del discurso analítico, esto es, expresar en voz alta los pensamientos *como si uno estuviera solo, hablando sin embargo a alguien presente-ausente*, hacen que al destinatario exterior responda un destinatario interior, otro objeto que no es otro que el sujeto mismo, marcado por la división.

Al construirse la transferencia, la superposición de figuras y tiempos alcanza inclusive a los criterios corrientes de la comunicación verbal, el destinatario al que esta se dirige no sólo tiende a confundir las proyecciones actuales con las del pasado, sino que también concentra en sí una multiplicidad de identidades superpuestas de persona a quien el mensaje se dirige, pasa a ser el inductor de este mensaje, su *causa*.

Aún debe señalarse el lugar hipotético de lo que se opondría al decir en forma muy distante de las modalidades de lo negativo del lenguaje, es decir, aquello que circula en el sistema de las representaciones de palabra. Lo negativo a que nos referimos abrevia incluso en las fuentes de la vida pulsional, y Freud

⁷¹ Ver Green, *El tiempo fragmentado*, pág.77

vincula a esto el negativismo. Podríamos calificar esta fuente de *compulsivamente negativa*.

Para Freud encontrar un objeto es re-encontrarlo. Por su parte, Green dice que *conocerse es reconocerse*. Hace falta, sin embargo, un rodeo por la transferencia para que el retorno, la repetición –la acción designada por *re-* sea identificable. Se trata finalmente de reconocer, con la ayuda del analista, el sentido latente del discurso, su alcance transferencial; es decir, otra vez, representativo. El sujeto ex-centrado, al divagar, da vueltas seguramente, pero acercándose a su centro *virtual*. Re-conocer es simbolizar, por acoplamiento, dos tiempos del conocimiento: el de la fractura y el de la juntura consiguiente.⁷²

Podemos sostener que lo propio de la interpretación psicoanalítica del lenguaje es remitir no a los objetos del mundo, sino al menos, cuando no más a los objetos de la realidad psíquica. Así pues, el lenguaje es cabalmente esa interfaz entre mundo exterior y mundo interior que, en la situación analítica, se dirige al analista a la vez como objeto externo y como objeto interno; ello implica que este lenguaje se dirige también a uno mismo, sin que uno tenga conciencia de ello o lo tenga muy insuficientemente, para no mencionar que aquello que se interpreta es lo del analista que lo escucha y que, también él, habla.

Cuanto más avanza el proceso de habla, más queda capturado en un doble propósito, aproximarse hacia el nudo del conflicto inconsciente reactivado a esa altura por influencias múltiples y, a la inversa, apartarse de él para evitar una toma de conciencia demasiado penosa puesto que se encamina inexorablemente hacia la extinción de la palabra dirigida al otro; palabra que a veces ha quedado sin respuesta y que otras ha suscitado una respuesta que no se habría querido escuchar cuando sonó el final de la hora analítica.

Winnicott muestra de qué modo debe pasar el analizante la difícil prueba –y conminar al objeto de la transferencia a dar pruebas- de la indestructibilidad del

⁷² Ver Green, *El tiempo fragmentado*, pág. 77

analista frente a los ataques repetidos, de hecho nadificadores, que le es inevitable ejercer para con su objeto debido a que este no puede sino repetir las carencias del entorno. En estos casos, el objeto al que remite la transferencia debe mostrarse en todo sentido más poderoso que el objeto actual de la transferencia (el analista). Estos ataques no siempre adoptan la forma de la agresión explícita, pero pueden expresarse como una renegación silenciosa del objeto o, en última instancia, del sujeto mismo: “*Usted no existe*” o, mucho más que eso, y esta vez de manera más radical, “*Yo no existo*”. En la mayoría de los casos, esto se deduce a la comunicación del paciente, pero en ocasiones es dicho en forma explícita.⁷³

Es a partir del encuentro analítico, durante la sesión como pueden observarse, analizarse, pensarse las vicisitudes del *tiempo fragmentado* de Green. De este análisis del espacio y el tiempo de la sesión puede deducirse también la manera en que diversas temporalidades cohabitan en un mismo sujeto y, sobre todo, requieren el marco de la cura para dejarse articular. La sesión de análisis pasa a ser una apuesta imprevisible que contribuye a desatar los nudos formados en el pasado y que permite a veces, con el paso del tiempo, volver a tejer su red, más o menos parcialmente, gracias a la coyuntura de una actualidad en apariencia sin precedentes.

2.4 Los fenómenos de repetición en la transferencia

Se había ya establecido que en *Recordar, repetir y reelaborar*, donde Freud enuncia su descubrimiento capital: *actuar repetitivamente es una manera de recordar que ocupa el lugar del recuerdo*⁷⁴. Mientras que la rememoración permanente incluida en el marco del análisis porque es una forma de representación que puede modificarse y hasta precisarse en la gran construcción temporal que sostiene el proyecto de levantamiento de la amnesia infantil. La repetición de acuerdo con Green, se observa primero en la transferencia. Freud

⁷³ Ver Green, *El tiempo fragmentado*.

⁷⁴ Ver Freud, *Recordar...*

opone de hecho la rememoración, meta del análisis, a la transferencia, modalidad de una actualización que se ignora en tanto repetición.

Freud deduce que la transferencia es nada más que un fragmento de repetición, así como la repetición es la transferencia de un pasado olvidado. La enfermedad, fuerza actualmente activa, no se resume en la memoria ocultada de un mal antiguo sino que es un adversario, bien real, del presente. Y Freud habla de las pulsiones capaces a veces de causar desastres en la vida del sujeto debido a la fuerza de su compulsión a repetir.⁷⁵

La transferencia pertinaz, va a mostrar que está más del lado del acto, e incluso del acto incoercible, que de la reevaluación crítica que autoriza la toma de distancia de la rememoración. En ciertos casos, la repetición actuada se extiende más allá de la esfera del análisis. El actuar está al servicio de la resistencia. Se produce fuera de la sesión, fuera del alcance de la interpretación, indicando la evasión pulsional y su necesidad compulsiva de satisfacción a todo precio o por su efecto de máscara. Y asimismo significa aquello que no puede decir, esto es, su imposibilidad de acceder a lo que se comparte con otro, en pleno reconocimiento mutuo, por el solo hecho de ser hablado. El analizante y el analista están como aislados el uno del otro, aun si el actuar comporta un potencial comunicativo que el paciente oculta. La pulsión sería aquí más fuerte que el deseo de comunicar.

Otro descubrimiento de la segunda tópica es el de la resistencia que se opone al descubrimiento de las resistencias. Se puede decir que la regresión imita el comportamiento natural de la pulsión, pero invirtiendo su dirección, aunque implica por fuerza un tope (el de la fijación) que detiene el proceso regresivo. La desorganización de la pulsión de muerte extrema sus expresiones hasta una desdiferenciación cada vez más acentuada. La descarga de la repetición intenta, de hecho, hacer el vacío en el interior del aparato psíquico. De ahí que la compulsión de repetición sea un *asesinato del tiempo*.

⁷⁵ Ver Freud, *Más allá...*

Bion escribió que el dilema fundamental de la psique era conservar las huellas de la experiencia psíquica para poder elaborarlas o evacuar hacia el exterior los efectos de la “angustia sin nombre”, lo cual facilita una suerte de evasión. Hacer jugar la función α que transformará el material psíquico convirtiéndolo en materia del sueño, del mito, de la pasión. Esta transformación tiene lugar bajo la influencia del *conocimiento*, para oponerse a la acción de los elementos β .⁷⁶

Estos productos de la psique, eliminados *como* por una descarga muscular y que no pueden ser transformados, son rebeldes a cualquier asimilación psíquica, constituyen el lecho del *acting out* que repite su exclusión y producen una “desnudación” psíquica. Hay que entender entonces la compulsión de repetición desde el doble ángulo de la imposibilidad de renunciar a la satisfacción inmediata y, siendo intolerable la frustración, como una violenta expulsión al exterior del espacio psíquico, en la modalidad propia del acto, porque al objeto que supuestamente transformará la situación no pudo asegurársele ningún relevo; hacerla tolerable mediante algún alivio de sufrimiento, aun cuando este empobrezca a la psique y sin que el objeto haya sido capaz de responder de manera adecuada.

También podría decirse que el *Agieren (acting out)* es el resultado de la desimbolización del acto, la reducción, en cierto modo, a su factualidad, como si no tuviera necesidad de otro sentido que el que insta a su realización inmediata, sin rodeo y sin futuro, por los caminos más cortos.

Para Green, es importante conectar las dos tópicas. Por un lado, el inconsciente como sistema y como instancia donde reinan representaciones y afectos gobernados por los procesos primarios; y del otro, el *ello* que difiere del precedente en que está habitado por mociones pulsionales y regido por procesos donde la representación, en este nivel, está ausente. El primer sistema tópico tiende hacia la realización de deseos, debiendo entenderse “realización” como

⁷⁶ En Green, *El tiempo...*

manifestación que logra salir a la luz, sino en lo real, al menos en la psique, y en una forma realizable, es decir, que pueda hacer las veces de realidad. Se deja aprehender en la psique inconsciente pero sin implicar necesariamente la descarga en lo real. Lo único que importa es que este sea tenido en cuenta, registrado y figurado, y que esa realización se represente sobre la escena del psiquismo

En el segundo sistema tópico, por el contrario, tal apuesta al descubierto debe realizarse de un modo activo (actuado o alucinatorio, y hasta somático por defecto) como una percepción o un acto, y advenir energéticamente bajo una forma motriz y/o perceptible, sensible a cualquiera; aun cuando todos, incluido uno mismo, vayan a engañarse en cuanto a sus orígenes, su forma en la mente, su designio profundo. El acto sirve aquí de paradigma, de patrón, y en este contexto sólo resulta comprensible en virtud de criterios específicos que lo enlazan a su característica compulsiva. Corresponde, pues, al actuar pulsional y no a la acción propiamente dicha.

Lo que aquí domina es la irrepresentabilidad y la necesidad de realización instantánea del *Agieren*, y no lo que vincula más los actos sintomáticos a tropiezos que pueden sentirse como un tanto vergonzantes debido a que su visibilidad disimula mal la satisfacción secreta que aportan y que se preferiría mantener oculta. Mientras que, en el caso precedente, el *acting* ciega a quien lo ejecuta e incluso, las más de las veces, a aquellos ante quienes se lo exhibe.

La compulsión es el destino más inmediato, más directo, más masivo de un reclutamiento pulsional. Es ante todo la expresión de una fuerza que obliga a veces a actuar, a veces solamente a desear y a veces a soñar, a colocarse en condiciones similares o idénticas, a reproducir afectivamente, a actuar, según una organización inconsciente que impele a un retorno incoercible de lo mismo o de lo idéntico repetición que se cumple independientemente del principio de placer. El actuar es justamente, ante todo, el efecto de una movilización pulsional, con frecuencia consecutivo a un trauma o a la reviviscencia de este o de otro asociado

en cierta forma con el precedente, a un conflicto insoluble, a un empuje interno incoercible, inextinguible, irreversible. Si el acto propiamente dicho es la expresión más típica de la repetición, la compulsión interesa sólo en cuanto vicisitud del actual, más allá y más acá del acto mismo. Dicho de otra manera, lo que se repite podrá no ser del orden de la acción –ejemplo, el sueño traumático-, y de todos modos las manifestaciones psíquicas que no sean ordinariamente de orden del acto adquirirán sus características y tomarán sus matices (en el sentido emblemático)

El rasgo esencial de la compulsión a repetir es el retorno de lo mismo. Ahora bien, la repetición es independiente de la búsqueda del placer. Ya no se trata de repetir para reencontrar un placer perdido, sino a causa de una coacción, la misma que en ciertos casos permite observar el retorno intempestivo del displacer, que cesa de ser disuasivo o aversivo. Esta compulsión implica que ciertos elementos de la vida psíquica están vinculados. Lo que se repite es un conjunto de elementos solidarios constitutivos de un bloque significativo, aun cuando presenta serias dificultades para dejarse apresar por el entendimiento. El trabajo de la pulsión de muerte se caracterizará por la extensión prácticamente ilimitada de la desligazón. Lo que se repetiría en este caso sería una compulsión a deshacer hasta lo que la compulsión de repetición ligó, taponando el horizonte. De lo que puede deducirse que nos hallamos en las antípodas de la idea de intemporalidad del inconsciente, pues esta implica la condición previa de que se conserven los contenidos inconscientes, agotados aquí periódicamente por medio de la compulsión.

Las pulsiones de vida o de amor están asociadas, en opinión de Green, a una *función objetalizadora*, y aquí la meta de la actividad pulsional pasa a ser transformar pulsiones en objetos (para preservarlos, amarlos, atormentarlos, incomodarlos, con todas las intrincaciones posibles). Esta calificación podría aplicarse tanto a formaciones parciales como a personas, e incluso a funciones. Opuestamente, ha sostenido la existencia, en el marco de lo que recibe el nombre de pulsión de muerte y que trabaja en el sentido de la desligazón, de una *función*

desobjetalizadora que impide la formación de objetos o tiende a descalificar e incluso a decualificar aquellos que ya se hubiesen constituido, haciéndoles perder su carácter único o su originalidad y hasta su individualidad, relegándolos al anonimato (el impermeable, los zapatos, la trenza, etc.).⁷⁷

Puede decirse así que la compulsión de repetición detrás de su aspecto autárquico, es demanda de retorno –más que de regresión- sobre un proceso de objetalización bloqueado. De lo que sin embargo no debe inferirse que, para ser oído por el objeto (de la transferencia), el demandante esté dispuesto a reconocer que su demanda fue recibida o su queja (en el sentido jurídico) reconocida, y eventualmente sancionada, por lo menos en intención. Parece haberse instalado, por el contrario, un diálogo de sordos donde el paciente se queja de que su demanda sigue siendo intangiblemente letra muerta, incluso y sobre todo cuando el analista la ha oído y se lo hace saber. Pero si a algo permanece sordo el analista es a la necesidad del paciente de que no haya sido oída en ningún caso, a fin de preservar el proceso de la repetición como único modo de investidura aceptable puesto que salvaguarda y perpetúa su causa, a veces más valiosa que su vida. De todas maneras, la causa de la compulsión no se satisface solamente con haber sido oída, con frecuencia es preciso que se le responda con actos más que con palabras, así sean portadoras de las interpretaciones más adecuadas.

Desde el comienzo Freud pronunció un juicio –expresión de su honestidad intelectual, con relación a una postura definida- que oponía lo que era transferible, y por lo tanto analizable, a lo que no lo era (neurosis actuales y narcisistas) y que no se hallaba, en consecuencia, al alcance del analista. La idea general de la transferencia importa más que el fenómeno observable en la cura, el cual es tan sólo una parte de ella; concierne primeramente a la organización psicopatológica, que posee el poder de movilizar la energía psíquica y desplazarla de una esfera a otra (hacia la palabra y hacia el objeto) y debería conducir al reconocimiento de que un desplazamiento como ese no puede efectuarse en el vacío sino que debe hacerlo siempre sobre un objeto de transferencia, otro semejante, cuya psique

⁷⁷ Ver Green, *El tiempo...*

pueda ser utilizada como mediación proyectiva para descifrar los mensajes inconscientes que, las más de las veces, el sujeto no puede identificar espontáneamente sobre sí mismo.

Es cierto que el trabajo de transferencia tendrá modalidades diferentes y también es diferente lo que se puede esperar de su análisis. Cuando Freud trabajaba en *Recordar, repetir y reelaborar*, para él la transferencia era el aliado de la resistencia por cuanto se opone a la rememoración. Sin embargo, percibió claramente que, cuando los traumas sobrevienen antes de que se adquiera el lenguaje, la rememoración es imposible, es entonces que en ciertos casos la transferencia es actualización más que rememoración, pues el analizante no reconoce en ella el retorno del pasado y se niega a conferir a su vivencia la cualidad de la repetición, a la que toma por un fenómeno nuevo que se explica por sí solo, sin necesidad de introducir el retorno del pasado. Para Green este fenómeno lo denomina como: *rememoración amnésica exterior al campo de las memorias consciente e inconsciente*⁷⁸.

Freud da un paso más cuando separa la transferencia del principio de placer y la concibe como repetición sin observancia de dicho principio. Afirma que es en la transferencia donde se observa regularmente la repetición o reproducción. La diferencia entre reproducción y rememoración es que la primera expresa la tendencia a rehacer lo mismo bajo las apariencias de lo otro a revivir en cuanto tal lo que se repite por falta de una inscripción capaz de hacerse objeto de un trabajo, obligación de rehacer casi automáticamente lo mismo. Hay aquí una huella no constituida o instituida apenas. El surco en la “carne del psiquismo”, se convierte en una grieta que engulle dolorosamente la investidura metida en ella. Reinvertida, impele a actualizar antes que tender a la simple evocación del acontecimiento.

En suma, una reproducción en la modalidad de antes del principio de placer. Y a veces basta que la situación presente evoque sólo lejanamente lo que

⁷⁸ Ver Green, *El tiempo...*, pág 116

se supone fue vivido ya, para que se desencadene aquello que más puede recordarlo, con los medios disponibles en la actualidad. Lo idéntico no se relaciona con lo circunstancial, que provoca efectos por movilización, sino con lo que uno puede haber imaginado de los traumas cuya huella porta la psique. Pero se apunta que esta imaginación es obra mucho más del analista que de la capacidad del paciente. Lo que se ha inscripto en la carne de la psique ha desgarrado el tejido psíquico y ha dejado una cicatriz pronta a reabrirse y a sangrar ante la más mínima oportunidad. Ella es sensible al tiempo, a sus recordaciones, a sus ecos, pero no pertenece a las formas tradicionales con él vinculadas (recuerdos, reminiscencias, memoria involuntaria, etc.).⁷⁹

Reinvestida, la llaga se reabre porque nunca quedó verdaderamente cicatrizada/memorizada. Y cada vez que se reabre, parece repetir el gesto de la laceración y obedecer, sin embargo, a una tentativa de exorcismo.

La conciencia aparece en el lugar de la huella mnémica, cuando esta falta la conciencia no aparece. En su lugar, este sucedáneo de la conciencia, la reproducción que señala sin significar, sin hacer signo. Anzieu teorizó un equivalente a la protección antiestímulo que actúa en el sentido de un enquistamiento del entorno inmediato de la herida. Este enclave impide estragos mutiladores pero, como contrapartida, al no poder ligar en intensidad y en extensión y por lo tanto distribuirse por diferencia o similitud, no deja otra solución que la pura reproducción. La estructura se cierra y se incomunica para esforzarse en acotar el dolor, ya no puede funcionar como no sea en forma aislada, en la modalidad de la compulsión, intentando conjurar el mal que ella despierta y no logrando la evacuación más que al precio del acto condenado a la repetición.⁸⁰

La compulsión de repetición es un ardid de lo identitario. Por ella, el sujeto vuelve a encontrarse en terreno familiar y, al mismo tiempo, se encuentra. Pero

⁷⁹ Ver Freud, *Más allá...*

⁸⁰ Ver Anzieu, *El yo-piel*.

esta identidad no le sirve de nada pues lo separa de los otros, es decir, sin permitirle sacar provecho de esa soledad.

2.5 La cura en la transferencia

Haydée Faimberg propone la *escucha de la escucha*, para la cual examina ciertas formas de resistencia que se manifiestan en la transferencia, resistencias que: [...*el yo opone en el análisis a la decepción de no ser el centro y el amo de su mundo*]⁸¹. Entonces, de lo que se trata es de cómo el analista puede escuchar en las sesiones la dimensión narcisista de la configuración edípica.

Las resistencias narcisistas que, crean el obstáculo más poderoso al proceso analítico, son las que surgen de la determinación de la identidad del paciente, que a su vez resulta de la lucha narcisista con los progenitores internos, tal como se revela en la transferencia. En forma ideal el funcionamiento edípico de los progenitores debería sustentar el reconocimiento del niño en su alteridad; la escucha y las interpretaciones del analista también se ubican, idealmente, en una posición edípica. En la transferencia se repite la lucha narcisista merced a la cual los padres han afianzado la identidad del paciente.

Esta lucha puede definirse como aquella en la que cada *yo* preserva el amor por sí mismo fundado en la creencia de ser el centro de su mundo, y además todopoderoso, la cual persiste incluso en la relación narcisista de objeto. El niño forma entonces con sus padres un triángulo. Cada vértice del triángulo constituye el *no-yo*⁸² de los otros dos *yoes*; y los valores que cada *yo* atribuyen al otro –en tanto que su *no-yo*- no necesariamente coinciden. Faimberg basa su estudio de la transferencia en esa dimensión narcisista de los conflictos edípicos.

Un ejemplo usual de resistencia narcisista centrada en lo que Freud llamó *la ilusión de la percepción de la conciencia*, aparece cuando el paciente responde a

⁸¹ Ver Faimberg, *La escucha de...*, pág 46

⁸² Faimberg hace referencia a [...*el efecto que tiene el predominio de los lazos narcisistas de la madre y también del padre, revelado en la transferencia, con relación al concepto freudiano de <<yo/no-yo>>...*] Ver Faimberg, *La escucha de...*, pág. 49

una interpretación (que no sea ineficaz o francamente errónea) con estas palabras: *No lo veo de este modo*. En realidad, esa expresión suele significar: *No lo veo de ese modo, porque su interpretación me causa displacer, por consiguiente, deseo expulsar el displacer, rechazo esta interpretación, mis asociaciones e incluso que usted, como analista, exista. Esta realidad psíquica no me pertenece: es no-yo, no la siento.*⁸³

Por su parte, el analista ocupa una posición de escucha descentrada; pero esa posición no lo protege necesariamente de los efectos de las creencias narcisistas: las suyas propias y las del paciente.

La teoría, esencial en la escucha analítica, puede ser reapropiada por el analista conforme a una tendencia narcisista, de dos maneras diferentes. La primera consiste en seleccionar los elementos que nos llevan a alimentar la ilusión de que nuestra teoría es completa, digna de crédito y nos permite mantener un control absoluto. Tendríamos entonces una escucha *tautológica-narcisista*. Esto es, el obstáculo narcisista que el analista opone, sobre la base de su teoría, a la escucha de lo que amenaza su ilusión yoica de omnisciencia.⁸⁴

La segunda forma de reapropiación narcisista implica una dificultad más sutil: que aquel que pueda escuchar y/o interpretar en el sentido de no desilusionar al paciente. Este último preservará su ilusión de que el analista sabe, y que sabe tanto que incluso puede prescindir de las asociaciones del paciente y de su trabajo psíquico.

Por otra parte, a menudo, el paciente no puede aceptar la interpretación, pues ello significaría para él reconocer que no se trata de su propia creación, sino que la interpretación ha sido creada por el analista. Esta situación equivale a rechazar el aspecto más doloroso de la escena primaria, la escena de la concepción del paciente, por que confronta al sujeto con la posibilidad de no haber existido. Ello puede desembocar en la eliminación pura y simple del analista y de

⁸³ Ver Freud, *Una dificultad del análisis*

⁸⁴ Ver Faimberg, *La escucha de...*

sus interpretaciones, cuando, ante el nacimiento de algo nuevo, el paciente: [...se concibe a sí mismo como habiendo podido no ser: <<¿Qué sería de mi sin análisis?>>. Esta interrogante remite a otro: <<¿Qué habría sido de mi si mis padres no se hubieran conocido?>>]⁸⁵.

En cambio, cuando el paciente puede reconocer una manera simbólica, es decir: [...la interpretación nace de la unión de sus palabras con la escucha del analista, la dimensión narcisista queda superada, y entonces cabe hablar de una posición edípica]⁸⁶.

Por otro lado, la angustia de muerte, el *terror sin nombre*, en su carácter de no-representable o en su representación como vacío, puede estar enmascarada, justamente, por lo que hay de más específico en el psicoanálisis: la palabra.

En efecto, el lenguaje puede ser reapropiado narcisísticamente para encubrir esta angustia. Conviene, sin embargo, establecer una distinción radical con aquellas interpretaciones destinadas a reconocer que el analista, en su función de *testigo*, ha escuchado la angustia del paciente. En este caso, la interpretación evita que la angustia se convierta en muerte psíquica por medio de la repetición.

El analista decide permanecer en silencio o interpretar. El paciente oye que el silencio del analista le habla. Escucha la interpretación o el silencio del analista y los reinterpreta según la historia constitutiva de su psiquismo.

Las interpretaciones del analista son reinterpretadas por el paciente a partir de cierto tipo de identificación. La escucha del analista debe permitirle captar cómo escucha el paciente las interpretaciones. El discurso del paciente delata la identificación. A través de sus identificaciones inconscientes, el psiquismo del paciente establece, de manera repetitiva y silenciosa, lazos internos, forma una pareja narcisista con cada progenitor.

⁸⁵ Ver Faimberg, *La escucha de...*, pág. 52

⁸⁶ Ver Faimberg, *La escucha de...*, pág. 52

Las interpretaciones que el paciente hace del silencio o de las interpretaciones del analista van a atribuir una significación *a après coup* al discurso contenido tanto en el silencio como en la interpretación. A esto se refiere Faimberg con *la escucha de la escucha*.

Escuchar cómo el paciente escucha las interpretaciones posibilita el análisis de las *reinterpretaciones narcisistas* de aquel. El analista centra su atención en el destino de su interpretación o de su silencio en el psiquismo del paciente. Escuchar e interpretar el destino de lo entendido por el paciente es lo que la autora define como *presencia del analista*.

Ahora bien, cuáles son las condiciones que garantizan que una construcción corresponde verdaderamente a conflictos psíquicos del paciente y no es una teoría construida por el analista e insertada desde fuera del movimiento transferencial. Faimberg provee como respuesta a este planteamiento la hipótesis de que el concepto de construcción contiene, en su propia estructura, una paradoja muy fértil, la construcción es por definición *retroactiva* pero a la vez implica un movimiento de *anticipación*, en cuanto se convierte para el paciente en condición previa para acceder a ciertas verdades psíquicas.

En 1979 H. Blum señaló que la construcción no siempre proviene en forma automática del trabajo transferencial y analítico. Es un acto integrativo que se infiere, y que restaura la continuidad y la cohesión de un trauma, sino el significado intrapsíquico de la experiencia. Por su parte, E. Brenman afirmó que la reconstrucción sólo tiene valor terapéutico si se inscribe en el análisis de la compulsión de repetición en la transferencia.⁸⁷

Wolfgang Lonch consideró que las construcciones son siempre interpretaciones formuladas por el analista, y que en realidad no es posible conocer los sucesos del pasado del paciente; por lo tanto, siempre son construcciones, y no reconstrucciones. Especificó que: *[...el hombre es un ser que*

⁸⁷ Ver Faimberg, *La escucha de...*

interpreta, [y que] no hay realidad alguna que no sea ya una interpretación]. Para Lonch, esto significa que la interpretación es inevitablemente una intrusión.⁸⁸

La sorpresa de la interpretación es compartida por paciente y analista: mientras que el primero conoce la historia, el analista la ignora. Aunque resulte paradójico, ciertas condiciones facilitan la sorpresa: una de ellas es que el analista se abstenga de proponer una construcción prematura. Una construcción resulta prematura si no respeta las palabras del paciente y surge como deducción basada exclusivamente en la teoría del analista. (Aunque coincidiera con hechos reales vividos por el paciente en el pasado, la “construcción” basada en preceptos del analista tendría tan poca validez como una interpretación fuera de contexto). El analista tiene que haber disipado en algún momento previo el peligro de hacer intrusión con la construcción, merced a su posición de espera activa y a la tolerancia de su ansiedad de no saber, lo cual garantiza la autenticidad del material que será objeto de la construcción.

También en la construcción existe un lazo faltante entre los hechos narrados en la sesión y el modo en que ellos le conciernen al paciente. Por ello, sólo puede repetir la situación en su propio destino, en la transferencia y en sus crisis de angustia. Se trata de un nexo lógico en la construcción formulada por el analista, comparable al nexo lógico construido por Freud en la segunda fase de fantasía en <<Pegan a un niño>>.

También de Freud se puede entender que:

[...si el paciente repite en vez de recordar, ello se debe a que la representación nunca ha existido, o a que no la ha integrado en su propio espacio psíquico. En cualquiera de los casos, el analista crea con su construcción un lazo que antes faltaba.]⁸⁹

⁸⁸ Ver Faimberg, *La escucha de...* pág. 52

⁸⁹ Ver Freud, *Pegan a un niño*, pág. 183

Rescatar un fragmento de la historia temprana y romper con el ciclo de su repetición en la transferencia implica que precisamente la construcción transforma en historia aquello que previamente existía, no como recuerdo, sino sólo como repetición.

La revelación de las identificaciones inconscientes a través de la construcción permite al analista lograr una comprensión retroactiva de cómo el paciente ha entendido las interpretaciones. El analista conquista un medio para entender *a posteriori* el valor y los límites de sus interpretaciones.

A la vez que la construcción, por definición, es retroactiva, implica un movimiento anticipatorio, en cuanto establece una condición previa para entender ciertas verdades psíquicas. La construcción dio un significado *a posteriori* a lo que hasta entonces existía en forma de angustia repetitiva.

2.6 La posición contratransferencial

H. Faimberg teoriza sobre la actividad psíquica del analista durante la sesión y el concepto teórico de la contratransferencia. El término *contratransferencia* puede denotar no sólo los aspectos neuróticos irresueltos del analista, sino también su funcionamiento psíquico inconsciente. La controversia ha dividido al mundo analítico, a tal extremo que el uso del concepto de contratransferencia sugiere neurosis y, por lo tanto, si el término se emplea en un sentido más general, es inevitable que surjan malentendidos.

En 1948, Heinrich Rack mostró que la estructura edípica del analista y el modo en que este resuelve ese complejo de *Edipo* directo e inverso pueden condicionar su aceptación de lo que el paciente tiene para decir y lo que no puede decir. Por su parte Faimberg señala que prefiere referirse a la actividad psíquica global del analista como: [...puesta al servicio de la escucha de lo que el paciente dice o no puede decir durante la sesión]⁹⁰. Esa actividad psíquica se centra en la

⁹⁰ Ver Faimberg, *La posición contratransferencial...*, pág 96

función analítica y en cuanto está dirigida a la escucha del discurso del paciente, las posiciones del analista y de este último son disimétricas.

Así mismo, la autora refiere que el analista se orienta en relación con su contratransferencia y que su manera de orientarse implica un análisis de su contratransferencia como el resultado de una relación dialéctica entre diferentes factores. A su vez, la posición contratransferencial se modifica por el hecho mismo de analizar esa dialéctica.

En resumen se define la posición contrasferencial como: *[...toda la actividad psíquica del analista tendiente a restaurar lo que corresponde a la historia de la transferencia.]*⁹¹

Puede ser que el analista tienda a no escuchar lo que, proveniente del paciente, amenace suscitarle displacer. Sin embargo, muchos de los enigmas planteados por la transferencia se resuelven, finalmente, porque el analista descubre los comienzos del displacer en su contratransferencia y sigue esa pista que se ha revelado de manera inesperada.

La superación de las resistencias a la escucha de algo que genera displacer implica un exigente trabajo psíquico, tanto del paciente como del analista. Así mismo la presencia o ausencia psíquica del analista se debe tomar como un indicador de la posición contratransferencial.

En la posición contratransferencial el primer factor relevante es el discurso del paciente –no sólo lo que dice, sino también lo que no dice-, que determina el modo de escucharlo del analista. El discurso del paciente despierta en el analista una forma de funcionamiento psíquico que le incumbe analizar para distinguir lo que depende de sí mismo de lo que corresponde al paciente. Ese es el fundamento de la recomendación de Freud de que el propio analista debe haberse analizado.

⁹¹ Ver Faimberg, La posición contratransferencial..., pág 97

El contexto personal es tan importante como la filiación analítica, y la posición teórica. En cuanto a la filiación personal, las características individuales del analista pueden inducirlo a preferir una posición teórica a otra porque se ajusta mejor a su propio modo de funcionamiento psíquico. Pero esa posición teórica está atada a su filiación analítica, en cuanto esta resulta de lo que su analista y sus supervisores como el psicoanalista del analista son eslabones en la cadena de la transmisión psicoanalítica, y lo son de un modo del cual los protagonistas no siempre son conscientes.

Como ya se había mencionado, la presencia o ausencia psíquica del analista es el resultado de la dialéctica entre lo que el paciente dice o no dice y lo que aquel puede escuchar sobre la base de la compleja ecuación personal ya esbozada. La idea de escuchar la escucha da prioridad a la posición contratransferencial del analista, en la medida en que destaca su modo de reescuchar la interpretación tal como el paciente la reinterpreta.

Faimberg opina que lo que el paciente no puede decir mediante actos fallidos, sueños, silencios y síntomas sólo puede ser oído desde la posición contratransferencial del analista.

Método

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es analizar desde un enfoque psicoanalítico lo acontecido en el trabajo terapéutico de una adolescente de 16 años, sus actuaciones desde la compulsión a la repetición y el papel de la transferencia en el proceso de la cura psicoanalítica.

Revisar de manera teórica los conceptos de *compulsión a la repetición*, *pulsión de destrucción*, *pulsión de muerte*, *transferencia* y *contratransferencia*.

Elaborar la viñeta clínica de la paciente conforme a los criterios de análisis: antecedentes, motivo de consulta, historia familiar, historia personal y tratamiento.

Hipótesis

La transferencia, definida en psicoanálisis como el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de modo especial, dentro de la relación analítica, y la contratransferencia, que es el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a la transferencia de éste; serán procesos que contribuirán a la cura psicoanalítica de los síntomas de compulsión a la repetición, ésta última en términos de un factor autónomo, irreductible a una dinámica conflictual en la que intervienen el principio de placer y el principio de realidad.

Participante

Adolescente femenino que al inicio del tratamiento contaba con 16 años, de un colegio de bachillerato público al sur de la ciudad de México, en dónde se dio el tratamiento.

Escenario

Se atendió a la paciente en el “*Programa de atención especializada para adolescentes*” anexo a un colegio bachillerato público del sur de la ciudad de México. En el cuál eran atendidos exclusivamente alumnos del colegio que solicitaban el servicio.

Diseño

Estudio de caso único

Procedimiento

Se atendió a la paciente por un periodo de 1 año, 6 meses, tiempo de su estancia en el colegio.

Se recolectaron los datos por medio de viñetas clínicas de las sesiones de terapia psicoanalítica, se tomaron los datos más relevantes para el caso.

Se realizó el análisis de caso de acuerdo con el enfoque y la teoría psicoanalítica.

Viñeta clínica: caso “Diana”

Escribir la historia de la paciente o al menos ese pedazo que me toca, ha sido una tarea compleja, no por que resulte complicada de entender o sea demasiado extenuante; la complejidad surge del recuerdo del analista, de la escucha que en ocasiones se quiere volver a lo pragmático, a lo científico y pretende dejar de fuera lo transferencial, justo eso que hizo que en ese espacio terapéutico se iniciara a escribir esta historia.

Antecedentes a la Primera Entrevista

Quisiera iniciar explicando que realicé mis prácticas de residencia en una institución educativa de nivel bachillerato en el programa de servicio psicológico para atender a la comunidad estudiantil. Como parte cotidiana del funcionamiento del programa, una paciente me fue asignada después de realizarle una preeconsulta. Generalmente los pacientes eran asignados al azar, lo primero que llama mi atención es que en esta ocasión fue la coordinadora del programa, quien decidió asignarme el caso. A ella habían llegado la paciente y su madre solicitando ayuda, debido a que la alumna había vivido una situación traumática.

Una de las primeras enseñanzas que aprendí durante la maestría fue que en el tratamiento el analista debe pensar en la *pregunta*; la pregunta que está tratando de resolver el paciente y la del propio analista, a mi parecer desde este momento me plante la pregunta *-¿Por qué a mí?-* (No será acaso la misma pregunta de la paciente).

Al ser comunicada por la recepcionista que Diana⁹² sería mi paciente, me comentó que la chica había presenciado dos meses atrás, la muerte de su novio el cual se había electrocutado. Con esta simple información que viene a bien decir me horrorizó, fui creando escenarios mentales de una joven en duelo y depresión a mero título de diagnóstico prematuro.

⁹² Nombraré a partir de este punto a la paciente “Diana”, reservando la identidad de la misma.

Motivo de Consulta (Primeras entrevistas)

El día de la consulta, llegué a la hora acostumbrada, sabía de antemano que mi primera paciente del día era Diana. Al llegar detecté a una chica de ropa colorida, leyendo en posición de espera. En seguida me informaron que Diana se había presentado dos horas antes para confirmar su asistencia además que había llegado 30 minutos antes de la cita y se encontraba afuera leyendo. Esperé la hora indicada y la hice pasar, quizá con la misma impaciencia con la que ella esperaba la consulta.

Frente a mí una típica adolescente de 16 años, vestida con típicos jeans, tenis, playera y morral. Contrario a mis expectativas, Diana se veía tranquila, seria y carente de afectividad.

Entonces comencé con la tan bien aprendida pregunta: -¿qué te trae por aquí?-, Diana respondió con lo que me pareció un ensayo bien escrito, aprendido y articulado (al igual que mi pregunta):

-Es que tengo un cuadro de depresión por que hace dos meses murió mi novio y yo vi como paso, tuvimos un accidente, me siento muy mal y esto me ha empezado a afectar en otros aspectos de mi vida, como la escuela; y además vengo porque tengo problemas para llevarme bien con mi mamá desde hace cuatro años.

Me llamó la atención que cuando dice *accidente*, hace un gesto con las manos como entre comillas, sin embargo lo primero que pensé al escuchar la palabra, es un accidente automovilístico, reprimí de momento la información anterior <<*novio electrocutado*>>. Pregunté -¿qué pasó?, Diana comenzó a relatar lo que al principio parecen imágenes sin coherencia: *-Íbamos por un puente-, -se electrocuto y se quemó, yo apague el fuego con una sudadera-, -los paramédicos nos dijeron que ya no se podía hacer nada.-*

Diana contó todo con un tono afectivo serio, hoy hago la analogía de un maniquí sin rostro con ropa colorida pero ausente de su relato. Me contó que acudió a sesiones de tanatología para elaborar el proceso de duelo, por lo que ya

no se sentía tan mal, sin embargo dejó de asistir al darse cuenta que los que impartían las sesiones intentaban al mismo tiempo venderle materiales, como libros y discos de autoayuda, al respecto dijo: *-No me siento identificada con lo que se maneja ahí, de que hay que perdonar y eso, pues por que yo no tengo nada que perdonarle a él, siento que eso ya está resuelto.-*

Se quedó en silencio en lo que me parecieron varios minutos, en espera de mi pregunta. Quizá en un intento desesperado de salir de la escena del accidente, continuó mi entrevista con la pregunta, *-¿y qué pasa con tu mamá?-*

-¡Ah! pues mi mamá y yo hemos tenido problemas como desde hace cuatro años, no nos llevamos bien. Y ahora con lo que paso con G⁹³ pues no me deja salir y hasta me cambio de turno, no deja que me vaya sola a la casa, tengo que esperar a que venga por mí y pues eso me molesta.

-¿Lo has hablado con ella?

-Pues es que tiene miedo de que el hermano de G. me venga a reclamar por que el día del accidente dijo que todo había sido por mi culpa que me iba a demandar, entonces pues no quiere que me lo encuentre.

-¿Y te demandó?

-Pues no, o no sé, desde el entierro no los he visto, ni a su familia ni a sus amigos, no me los quiero encontrar, pero no me gusta este turno no conozco a nadie. [Silencio] Yo digo que lo dijo porque estaba muy dolido.

En esa primera sesión establecimos como contrato terapéutico que nos veríamos dos sesiones por semana de 50 minutos, con la cuota establecida por el centro. Cabe mencionar que Diana fue puntual en tiempo y pagos en la mayoría de las sesiones manteniéndose en el encuadre, sin embargo mostraba algunas actuaciones dentro del espacio como silencios cada vez más prolongados.

⁹³ G es difunto novio de la paciente.

En la segunda sesión Diana se quedó en silencio en espera de mi pregunta, luego de un silencio ella me interroga primero con los ojos y luego verbaliza:

-¿Y ahora?, ¿yo empiezo? [Silencio] Bueno pues no sé. [Silencio.]

-¿Qué esperas de venir aquí?

-Pues ya no sentirme así, triste, ¿Qué puedo hacer?

-¿Me preguntas que es lo que tienes que hacer?, como si hubiera recetas.

-Pues no una receta pero si un consejo.

-No hay recetas y tampoco puedo decirte qué debes hacer.

El resto de la sesión se la pasó en silencio, pude notar su enojo y temí que regresaría.

No obstante, en la tercera sesión inicia diciendo:

-Yo creo que esto no está funcionando, esta ya es la tercera vez que nos vemos y pues no vamos a ningún lado [Silencio] Yo pensé que estaba mal pero creo que no. [Silencio.]

Pensé que era probable que yo hubiera cometido el error de no decirle a la paciente la regla principal de la terapia, la *asociación libre*.

-De lo que se trata es de que me digas todo lo que se te ocurra o te pase por la cabeza.

-[Silencio] Es que no se me ocurre nada.

En correspondencia con su demanda decidí tomar la batuta y preguntar sobre su familia.

-Pues vivo con mi mamá y mi media hermana T. [silencio]

Ante la respuesta decidí interrogar para llenar los huecos de la información a lo que ella responde como si fuera alguna especie de formulario. *-Mi hermana T. es más grande-, -Estudia la universidad.-, -No nos llevamos bien.-, -A mi papá tiene mucho que no le hablo.-, -Nos peleamos.-, -Ya no me acuerdo por qué.-, -No conozco al papá de mi hermana.-, - Mi mamá tiene un salón de fiestas-, etc.*

Conforme pasaron las sesiones Diana dejó de pedir consejos y preguntar lo que debía hacer o hablar, sin embargo continuó con el silencio. En esta primera etapa su silencio fue para mí un signo de rebeldía. Me sentí amenazada con la intención de la paciente de abandonar el tratamiento. Mis esfuerzos en que recordara me parecían infructíferos y compartía con ella la frustración: *no estamos llegando a ningún lado.*

En estas sesiones se mostró renuente en recordar su infancia e inclusive la escena que dio muerte a su novio, pretextando que: *-ya pasó y no vale la pena recordarlo-*. En otras ocasiones decía: *-no se me ocurre nada- o -no tengo nada más que decir-*; en lugar de la rememoración, presentó varias actuaciones en sesión.

Ante el trabajo de recordar o de elaborar algún pensamiento interrumpió en ocasiones la sesión con el pretexto de ir hacer del baño, aun cuando faltaban pocos minutos para que la sesión terminara. Su tono afectivo era en general plano, en escasas ocasiones lloró al recordar el accidente.

Historia Familiar y personal

Hacia la quinta sesión dijo:

-Yo creí que estaba muy mal pero ahora no siento que esté tan mal, ya no tengo nada que decir [silencio]-.

Posteriormente del exterior se escuchó un trueno, inmediatamente Diana se sobresaltó, su respiración se hizo agitada y dijo:

-Así se escuchó.

Comenzó a llorar, se cubrió la cara con las manos y enseguida las bajó, dejando ver su rostro sereno nuevamente. Por mi mente pasó la ilusión de una batalla ganada por su inconsciente. Con gusto pensé: -¡no que no!-, y con la cara más serena que pude conseguir le pregunte: -¿Qué pasó?

Ella contestó, con la cara más serena que la mía:

-Nada, solo fue una coincidencia y pues no me gusta escuchar ruidos fuertes porque me recuerdan ese momento.

-Pero qué coincidencia que se escucha el trueno cuando estás diciendo que ya no te sientes mal.

-Pues sí. [Silencio, puedo ir al baño, es que ya no aguanto.

– ¿No puedes esperar?, faltan solo unos minutos.

En ese momento ella se levantó y se dirigió a la salida, a lo que yo respondí sin pensar:

-No te vayas ya va a terminar, si te vas ya no regreses.

-Perdón pero si tengo que ir. Nos vemos la próxima sesión, ¿verdad?

-Sí, nos vemos la siguiente sesión.

Cabe mencionar que en ese momento la supervisión de pacientes que llevábamos como parte obligatoria semanalmente, no obstante tener otros pacientes, estaba dedicada exclusivamente para el caso de Diana. Semana tras semana llenaba la supervisión con nuevas frustraciones, preguntando qué hacer, si era bueno quedarme en silencio, o mejor la interrogaba, o me esperaba, qué hacer con mi enojo, etc. Parte importante de lo que aconteció en ese espacio terapéutico lo debemos al espacio de supervisión y al propio análisis.

En la siguiente sesión Diana mencionó que quería ser más organizada, había decidido llevar un horario, en el cual había contemplado sus horarios específicos de comida, lo cual le recordó que era hora de comer por lo que me dijo: *-¿Puedo comer-?* Pensando en mi actitud de la sesión pasada me quedé en silencio lo que ella interpreta como una aprobación. Saca de su mochila una serie de recipientes con agua, y guisados, comienza a comer, no sin antes ofrecerme. Traté de pensar en mi próxima pregunta, preví cualquier actuación de mi parte, decidí indagar sobre quién prepara la comida, qué recuerdos le trae, por qué traerlo al espacio. Diana dice:

-No sé si la hizo mi mamá o la señora que hace la limpieza.

En cuanto a la pregunta de por qué traer comida al espacio, me dijo:

-Pues porque he decidido que voy a comer cada cuatro horas, desayuno a las 9, almuerzo a la 1, como a las 3 y ceno a las 7.

Haciendo cuentas le comenté que de la una a las tres de la tarde no son cuatro horas, cabe mencionar que nuestra cita era exactamente a las tres de la tarde. Diana vuelve hacer cuentas y dijo:

-Es verdad, pero de todas formas ya decidí que voy a comer a las tres.

-Es decir que cada que nos veamos estarás comiendo.

-Pues sí.

Esperé a que terminara de comer, cuando acabó guardó sus recipientes, se quedó en silencio y me dijo que tenía sueño, después de unos minutos termina la sesión, no volvió a llevar comida al espacio.

En la siguiente sesión tomé la equivocada decisión de quedarme en silencio, Diana llegó al espacio deja la mochila en el piso se sentó, me vio, se quedó en silencio, miró hacia los lados, se recargó en el sillón y dijo tener mucho sueño, siguió en silencio y después de unos minutos la paciente se durmió.

Existen algunos términos que los profesores utilizan en las supervisiones o análisis de casos que no fui capaz de comprender hasta después de vivirlos, la *intuición* fue una habilidad más que necesaria para el desarrollo de las siguientes sesiones en el caso de Diana. Preparada para lo que la paciente decidiera actuar en las sesiones estuve dispuesta a improvisar y no prepararme con técnicas que ya me había demostrado no funcionaron.

En la siguiente sesión volvió a decirme que tenía sueño, que últimamente había dormido mucho, entrecerraba los ojos y en ocasiones dormitaba. Se me vino a la mente una pregunta que luego verbalice:

-¿Sueñas?

-A veces, [silencio], hace poco soñé con G, soñé que me encontraba en una ex hacienda, con unos amigos y de repente uno de ellos le decía a mi novio - no que estabas muerto - , entonces yo volteaba y lo veía, y él me abrazaba por detrás y me decía, - a mí también me haces falta.

Hizo pocas asociaciones de su sueño, por lo que le hace referencia a su deseo de que él estuviera vivo, a lo que respondió:

-He pensado que a lo mejor él se quería morir porque un día antes me había dicho que le dijera a sus papas que los quería.

-¿Cómo estuvo eso?

-Lo que pasa es que no se llevaba bien con sus papás, se peleaban mucho. El papá era muy frío y a G le costaba mucho trabajo expresar sus sentimientos con ellos. Entonces un jueves antes del accidente me dijo que si algo le pasaba que por favor le dijera a su mamá y a su papá que los quería mucho.

Esta sesión fue significativa ya que pude observar en la paciente un poco de emoción, podía sentir nostalgia y tristeza.

En la siguiente sesión me contó que había estado saliendo con un amigo, el primero después de G:

-Ya se me había olvidado lo que eran las primeras salidas, [sonríe]

-¿Cuántos novios has tenido?

-Pues no muchos, en la secundaria tuve uno pero fue muy feo, yo recuerdo que lo quería mucho y hacia muchas tonterías con él. Un día me escape de casa de mi papá y me fui a Cuautla a un balneario sin avisarle. Pero al final el me trataba muy mal.

- ¿Cómo terminó?

- Pues él se fue a vivir a provincia y ya nunca lo volví a ver. [Silencio] Y pues luego aquí en la escuela conocí a G.

-¿Cómo era?

-¿Física o emocionalmente?

-Como quieras.

-Pues físicamente era alto, delgado, blanquito, de cabello chinito, sus labios eran regulares, de nariz chatita, tenía pecas en la cara y me gustaban mucho sus pompis [al contar esto se ríe], y emocionalmente era muy berrinchudo, cuando se enojaba o cuando discutíamos a veces golpeaba la pared. [Silencio] Como que ahora que estoy saliendo con este chavo pues siento raro, a G ya lo conocía muy bien.

- ¿Cuánto tiempo llevaban de novios?

-Como un año y medio, pero nos la pasábamos juntos todo el día. Llegaba a mi casa como a las diez de la mañana porque el taller de su papá queda cerca de mi casa, ahí desayunábamos, hacíamos tarea, luego me arreglaba y nos íbamos a la escuela, y como íbamos en el mismo grupo pues teníamos las mismas clases, ya a la salida pues me llevaba a mi casa, y así todos los días.

-¿Y tu mamá que decía?

- Nada él llegaba cuando ella ya se había ido a trabajar.

En esta etapa de la terapia la mamá se comunicó al centro para concertar una cita con la terapeuta de su hija. Recibí a la madre después de comunicarle a Diana y preguntarle si tenía algún inconveniente. Le dije que lo que había comentado en sesión no se lo comunicaría a su madre a menos que algo indicara que su vida corría algún riesgo, y que sin embargo ella si podía preguntarme de lo dicho en la cita con su mamá.

La madre de Diana era una mujer de apariencia madura, pasada un poco en peso con respecto a su estatura, pensé que no se parecían entre ellas. La madre me refirió que acudió con la coordinadora del programa para pedir ayuda, dijo que estaba preocupada por Diana ya que siempre había sido muy rebelde y pensaba que en el accidente del novio la muerta pudo haber sido ella. Me preguntó qué podía hacer para ayudarla. Le respondí que se notaba que estaba preocupada y que podíamos comenzar a ayudar a Diana si me platicaba un poco de su historia.

Me contó que Diana era hija de padres separados, que tenía una media hermana, siete años mayor, ésta última sólo hija de la madre. La madre era maestra de primaria en una escuela pública, y además tenía una pequeña empresa. No habló de su primera relación, inició a contar la historia familiar desde que conoció al padre de Diana.

Los padres se conocieron en un curso en la escuela donde ella trabajaba, después de tratarse algunos meses decidieron vivir juntos. Posteriormente y sin planearlo, la madre se embarazó de Diana, situación que afectó la unión de la pareja, ya que el padre no deseaba a la niña, la madre expresa que él le pidió que la abortara. Con el tiempo la relación entre los padres se volvió difícil hasta que decidieron separarse, cuando Diana tenía tres años. No obstante, y después de algún tiempo los padres regresaron a vivir en la misma casa por motivos económicos.

Posteriormente el padre se fue a Canadá cuando la paciente tenía cinco años y dejaron de verlo hasta que Diana cumplió los trece años, durante ese tiempo el padre le llamaba por teléfono cada semana o cada quince días.

La relación de Diana con su madre se deterioró después de los doce años, de acuerdo con la madre la paciente cambió su comportamiento volviéndose rebelde y desobediente. Los intentos de la madre por reprenderla eran infructuosos ya que ésta se salía de casa sin permiso y regresaba de madrugada, en ocasiones la madre le cerraba la puerta y Diana tenía que pasar la noche en casa de algún amigo. Ante la situación Diana amenazaba con irse a vivir con su padre cuando éste regresara del extranjero.

Cuando el padre regresó de Canadá y debido a la mala relación con la madre, Diana se mudó con él, sin embargo solo estuvo un año, de los trece a los catorce años, ya que en una ocasión se escapó a un balneario y regresó al día siguiente.

Acerca de la historia médica y personal de Diana, la madre contó que cuando tenía la edad de un año ocho meses, Diana resbaló en el piso del baño, golpeando su cabeza en una maceta lo que le produjo una contusión y quedo por unos minutos inconsciente. La madre la llevó al servicio pediátrico en donde le indicaron que no había sido un golpe grave, no obstante le recomendaron hacerle chequeos médicos constantes.

Posteriormente cuando Diana cumplió los dos años, la madre fue atropellada por un automóvil, lo que la dejó seriamente lastimada en las piernas y cadera, manteniéndose en reposo absoluto por varios meses. Por esa época la hermana de Diana, quien tan solo contaba con 9 años, se hizo responsable de los cuidados de su hermana menor. Cabe mencionar en este punto que en toda la entrevista la madre mantuvo una actitud participativa con un tono emocional constante, sin embargo al contar su accidente se quebró en llanto inconsolable.

A los cinco años, Diana tuvo enuresis, con el antecedente del golpe en la cabeza que había sufrido al año; la madre decidió llevarla con un paido-psiquiatra, el médico le diagnosticó Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactivad, y la mantuvo medicada hasta que Diana llegó a la pubertad. Cabe mencionar que la enuresis cesó hasta esa edad. La madre no tiene el dato exacto de que medicamento tomaba.

En cuanto al área escolar la madre contó que Diana no tuvo problemas en cuanto aprendizaje. Cursó la primaria y secundaria en escuela particular, al llegar a la secundaria Diana tuvo problemas de conducta y fue expulsada en dos ocasiones por ingresar bebidas alcohólicas.

En esta entrevista la madre solicitó el apoyo de la terapeuta para hablar con el padre de la paciente, ya que sentía que también él era responsable del estado de su hija, comenta qué el padre tuvo un hermano diagnosticado con esquizofrenia que se suicidó.

En la siguiente sesión de Diana, luego de la entrevista con su madre. Le informé a la paciente lo hablado con su madre. Pregunté si tenía alguna duda a lo que comentó que no y que sí sería bueno que hablara con su padre. Comentó que antes del accidente estaban peleados pero últimamente había estado muy cerca de ella. Le pregunté:

-¿Por qué estaban peleados?

-Ceo que por lo de Cuautla, no se ya no me acuerdo [silencio]. He estado pensando mucho en lo del “accidente” [hace el ademán de comillas con las manos].

-He notado que haces un ademán como entre comillas cuando dices “accidente”.

-Pues es que eso es, así dicen las estadísticas “muerte por accidente”, el quince por ciento de jóvenes muere por accidente.

–Eso dicen las estadísticas y aquí ¿cómo le vamos a llamar?

-Pues yo digo que fue una estupidez, una imprudencia, [la paciente se suelta en llanto], aún no puedo creer lo que pasó.

– ¿Y qué pasó?

Diana reconstruyó a partir de ese momento el recuerdo y la experiencia por demás traumática. Cabe mencionar que su recuerdo fue reelaborado a lo largo de las siguientes sesiones de psicoterapia, y se reproduce de la siguiente manera: los dos jóvenes junto con dos amigos se encontraban caminando por la calle a media noche, salieron de una fiesta y se dirigían hacia sus hogares, para llegar allá era necesario pasar la avenida por un puente peatonal; sin embargo el acceso al puente estaba cerrado. El puente estaba cubierto por una malla de tipo ciclónica creando un túnel y un techo, por el cual los cuatro decidieron subir y atravesar el puente, por encima de él. Más o menos a mitad de camino se encontraron con tres cables de alta tensión, el primer amigo pasó los cables reptando sin problemas, el novio y la paciente se pusieron en posición dispuestos a pasar los cables, sin embargo el hombro del novio tocó uno de los cables provocando un estallido y con ello la muerte del chico.

Lo que cuenta aquí es la impresión de lo visto y vivido por Diana, ella contó haber visto los pies moviéndose de su novio antes del estallido, luego una luz cegadora la hizo retroceder a gatas, cuando recobró la vista lo vio tendido sin movimiento y pensó: *-¿por qué no te levantas? Ya levántate-*, corrió hacia el inicio del puente, le pidió al segundo amigo que llamara a emergencias y regresa con su novio; la imagen era distinta, él se estaba incendiando, hizo lo impensable, tomó la posición y por debajo de los cables intentó apagar las llamas, tras varios intentos lo consiguió, pero él siguió sin moverse; el amigo que ya había cruzado le ayudó a salir de los cables y a bajar del puente. Cuando llegaron los paramédicos, Diana pensó en la posibilidad de que estuviera aún con vida, y dijo en sesión: *-cuando vi que los paramédicos bajaron tan rápido supe que ya no se podía hacer nada.*

Resultó confuso para mí, el escuchar una y otra vez el relato escalofriante, la imagen del novio muerto por un lado, y por otro el pobre tono afectivo de Diana, con una casi imperceptible emotividad, en raras ocasiones se asomaron en ella un par de lágrimas que fueron un breve respiro a mi propia angustia.

En otra ocasión contó que G. no tenía buena relación con su familia, y que ambos encontraban apoyo uno en el otro. Sin embargo menciona que G. tenía razones para suicidarse, le pregunté si ella también tenía razones para suicidarse, a lo que respondió:

- Lo he pensado [ríe], por los problemas en mi casa, además no tengo amigas y me siento como vacía. Pero soy muy cobarde para hacerlo.

– ¿Qué has pensado?

-¿De cómo hacerlo?, pues he pensado en aventarme del techo de la oficina de mi mamá para romperme el cráneo [ríe], ¿Por qué pensaré esas cosas? [silencio]

Aunque esta sesión me inquietó y por el temor de cometer alguna actuación, pienso que lo ha verbalizado y decidido esperar para retomar el tema.

Tratamiento

Luego de dos meses de terapia, los padres y Diana ingresaron a una terapia de familia en una institución pública, esto debido a que la madre había pedido cita hacía varios meses atrás, pero hasta ese momento los atendieron por lo que decidieron asistir a la terapia. Pensé que ahora quienes actuaban eran los padres. Aun cuando indagué si Diana estuvo de acuerdo, ella refirió que no tenía problemas, dijo: *-Tú eres la terapeuta individual y ella la familiar-*. Diana asistió a la terapia familiar, simultáneamente con la individual los siguientes cuatro meses.

Conforme pasaron las sesiones era cada vez más evidente el conflicto familiar. En una ocasión llegó con el siguiente relato:

-El domingo fui con mi hermana a la casa de su novio y fuimos a comer a un tianguis, pero yo le había dicho a mi papá que lo iba a ver, entonces que pasara por mí a la casa del novio de mi hermana, pero cuando estábamos en el tianguis mi papá me llamo por celular, que ya había llegado por mí y me empezó a gritar, nos lo encontramos y mi papá le empezó a gritar al novio de mi hermana y yo estaba entre mi hermana y mi papá y me desmayé... bueno como que me desvanecí, sentí débiles las piernas y me caí y ya después me levanté.

-¿Qué piensas de lo que te sucedió?

-No sé, además mi mamá me regañó por meter en problemas al novio de mi hermana [silencio], ¡ah! La terapeuta familiar les dijo a mis papás que me iba a mandar con un psiquiatra para que me recetara antidepresivos.

Olvidando por completo el inicio de la sesión enfoqué mi preocupación en la intrusión de esta nueva disposición de la terapeuta familiar, a lo que le pregunte

-¿Y tú, quieres?

-Pues por un lado sí para ya no sentirme así, pero no quiero hacerme dependiente.

-Bueno tú ya tienes una terapia individual y sería tu terapeuta quien decidiera si te canaliza a psiquiatría en caso necesario, yo recomiendo seguir trabajando así, explícalo así en la terapia familiar.

En las siguientes sesiones Diana refirió lo que ocurrió un día anterior en la terapia familiar, mencionó que acordaron turnarse, en una ocasión iría la madre con ella, y en otra el padre. En esa ocasión tuvo terapia con su papá:

-Estuvimos hablando de cuando me fui al balneario, no me había dado cuenta de lo que mi papá vivió en esa ocasión, en todo el daño que le hice con tantas mentiras. Como que traicioné su confianza y lo decepcioné. [Silencio]. A veces me gustaría desafanarme ya de todo esto. [Silencio].

-¿Qué piensas?

-Pienso en el metro [silencio], y en las personas que se suicidan ahí. A veces me gustaría suicidarme cuando pienso en mi familia, así ya no tendría que discutir tanto. Pero me da miedo porque no sé qué viene después de la muerte. Yo no soy religiosa pero me gustaría empezar de cero, como reencarnar, [silencio]. Sería bueno planear la propia muerte, así como lanzarse de un edificio y caer ya en la caja para que alguien la recoja, dejar una carta que diga: “dejo 5000 pesos para que hagan una fiesta, no lloren por mi muerte”. [Ríe y agrega] Para eso necesito dinero y para tener dinero necesito trabajar así que mientras tanto aquí seguiré.

En cierta ocasión la madre de Diana llegó al programa preguntando por ella, a pesar de que la paciente era constante y puntual en sus sesiones, en esa ocasión no había asistido. En la siguiente sesión al comentarle lo ocurrido a Diana refiere:

-Es que ya perdí la confianza de mi mamá, como desde los 13 años cuando metí alcohol a mi escuela, desde entonces la relación con mi mamá ha sido mala, [silencio]. No sé si quiero a mi mamá, probablemente no siento nada por ella.

-Parece que estas muy enojada con ella.

-Sí, me ha lastimado y viceversa [Silencio e intenta cambiar de tema].

La interrumpí que le dije que es difícil hablar de lo que siente.

-Sí (silencio).

En la siguiente sesión refirió que tenían planeado ir a una boda, su mamá, su hermana y ella.

-Acompañe a mi mamá y a T. a comprarse sus vestidos, entonces yo les mostré en la casa el vestido que me iba a poner y mi mamá me dijo que yo no iba a ir porque me iba a quedar en casa de mi papá el fin de semana.

-¿Cómo te sentiste?

-Pues me sentí como decepcionada.

-¿No te molestó?

-No, solo me decepcionó, además me dijo que en las vacaciones me voy a ir con mi papá. No me parece pero prefiero ya no discutir porque siempre dicen que soy muy berrinchuda y que siempre me quiero salir con la mía. Además ya no los quiero molestar por todo lo que ya les he hecho antes.

Como se lo prometieron los padres decidieron que Diana se fuera a vivir durante las vacaciones de verano a casa del padre, para después regresar con la madre. Durante ese tiempo no tuvo contacto con la madre debido a que ésta decidió alejarse para “descansar de su hija”, de acuerdo a lo dicho por la terapeuta familiar, ya que ella fue quien le comunicó la decisión a la paciente. Aun cuando me sentía honestamente molesta con la situación permanecí distante y muy al pendiente de las actuaciones de la paciente. Después de un par de semanas el padre y la paciente tuvieron varias discusiones. Diana comentó:

-No me llevo bien con mi papá, es que siempre quiere hablar conmigo y a mí no me dan ganas y lo dejo hablando solo, me voy a mi cuarto. A veces quiere que comamos juntos y yo digo para qué si de todas formas no hablamos. Antes pensaba que podía reparar mi relación con él, pero yo creo que eso no va a poder ser.

En este momento de la terapia me parecía importante hacerle referencia hacia sus sentimientos y en todo momento yo preguntaba:- ¿Qué sientes?

-No sé, me da coraje que mi mamá me mande con mi papá, siempre ha sido así cuando uno se cansa de mi me manda con el otro, para qué tiene una hija si después se va a querer deshacer de ella. [Recuerdo lo platicado con su madre acerca de que el padre le pidió que la abortara]. -Me da coraje y tristeza, y bueno si siento eso debo de sentir algo más por ellos ¿no?, pero ¿qué?

-Esa es la pregunta.

Debido a que el programa de atención para estudiantes tomaba vacaciones escolares, Diana solicitó una cita en consultorio privado y de urgencia.

-Me pelee con mi papá y pues ya no voy a vivir con él. Es que me fui a una fiesta y me dijo que si me iba ya no regresara y pues me fui, si regresé pero ya le había dicho a mi mamá que me quería regresar con ella. Ahora mi mamá dice que no, yo ya les dije que lo mejor era irme a un internado o vivir en una pensión.

-Qué te dijeron ellos.

-Pues no se opusieron, ya estoy buscando un cuarto.

Dado las decisiones precipitadas de la paciente, se le propuso hablar con los padres en el espacio. Por separado se entrevistó a los padres, la madre comentó que se sentía mejor sin Diana, que era bueno que su padre tratara con ella y que estaba en un proceso de terapia individual, su psicólogo le había dicho que pensara primero en ella. En esa entrevista con la madre solo acerté en decirle que no dejara sola a su hija y que la apoyara aún si estaba fuera de casa.

En entrevista con el padre pude percibir que se sentía tenso, inició presentándose como: *-yo también soy psicólogo*, las frases *-tú debes saber* y *-como bien tú sabes* fueron sus principales defensas. El padre trabajaba en una oficina administrativa en gobierno, en el momento de la entrevista vivía con su actual pareja y Diana. Se refería a la mamá de Diana como “la señora”, contó la historia de cómo se conocieron pero agregó que en el momento del embarazo él decidió sentar cabeza y hacerse cargo de la madre, su hija T. y Diana. Sin embargo confesó que nunca la amó. Insistió en que siempre estuvo cerca de Diana, que cuando estaba en Canadá le hablaba cada semana y le decía que se portara bien. Cuando regreso de Canadá la madre le pidió que se llevara a Diana pero después de un año Diana se fue a un balneario faltando a casa toda una noche y un día, cuando ella tenía 14 años. El padre refirió que cuando la quiso regañar Diana intentó aventarse por la ventana de su edificio de cuatro pisos, él alcanzo a sostenerla del brazo y de inmediato la llevó con su madre. Después de eso no se volvieron a hablar hasta que ocurrió lo del accidente (la muerte del novio).

Refirió que se sentía preocupado, porque pensaba que Diana podía ser “bipolar”, porque tenía un hermano enfermo de esquizofrenia que murió atropellado. Otro de sus hermanos se había suicidado por lo que piensa que tal vez tenía depresión y quizá eso también era hereditario. Al preguntarle sobre su historia de vida contó que desde muy joven tuvo que trabajar para ayudar a mantener a sus hermanos, que eran muy pobres y que nunca tuvo una buena imagen de su padre ya que éste lo golpeaba. Pude notar que se le quiebró la voz y fue el único momento en que pude observarlo emotivo. Le sugerí que tomara un proceso de psicoterapia para que pudiera hablar de lo que claramente le dolía. En cuanto a Diana le comenté que hasta el momento no hay signos de ningún trastorno psiquiátrico y que si se presentaban yo se lo haría saber.

En la siguiente sesión Diana comentó que había conseguido trabajo en una cafetería, muy cerca de la casa de su papá con el cual pensaba pagar sus gastos. En esa sesión hizo planes de cuánto ganaba, cuánto gastaría para la escuela, comida y renta. Sin embargo luego de una semana decidió renunciar, al preguntarle por qué, comentó:

-Es que me obligaban a ponerme uniforme y no quise. Está horrible ser gris, no me quiero ver gris. Es como vender mi imagen, no sé, como borrego o como clon, me siento manipulada.

-Como con tus papás

-¿Cómo?

-No quieres ser un clon de tus papas, no quieres parecerte a ellos y sentirte manipulada.

-No lo había visto así [silencio]. Eso me recuerda a las cosas por las que discutimos mi papá y yo, por ejemplo él quiere que me sienta a comer con ellos a la hora que ellos comen, pero pues a esa hora yo ya comí y se enoja porque no lo espero. Luego me enoja como le habla a su pareja, es muy... no sé cómo describirlo, me enoja, si su pareja come unos tacos con salsa, él la regaña que porque le pone tanta salsa y ella ya

no se los come, eso me molesta, si ella se los quiere comer así, a él qué le importa. Así es conmigo quiere que haga lo que me dice y no lo pienso hacer.

Las siguientes sesiones la paciente llevaba al espacio las discusiones que tenía con su papá en casa.

- Otra vez discutí con mi papá porque yo quería ir a una fiesta con unos amigos y él no me quería dejar ir, al final pues me salí y cuando llegue mis cosas estaban afuera.

-¿Qué hiciste?

-Pues yo tengo llaves y las metí [ríe], ya le dije que si me voy a ir pero cuando yo lo decida y cuando esté lista. [Silencio] Estoy saliendo con un chico de la escuela, me trata muy bien, me lleva a muchos lados y me compra cosas pero no sé si seguir saliendo con él. Es que vende marihuana en la escuela, por un lado me gusta mucho, pero por el otro me da miedo en las cosas en las que está metido, pero me divierto.

En la siguiente sesión Diana llegó a sesión con la noticia de que se había salido de su casa:

-Ya me salí de casa de mi papá, estoy rentando un cuarto con un amigo.

– ¿Un amigo?

-Es un amigo que conocí en la cafetería, siempre iba con su mamá y de ahí los conocí, creo que el departamento es de la mamá.

– ¿Y, qué te dijeron tus papas?

-Pues no he hablado con mi mamá y mi papá me llevó con mis cosas. [Silencio] Discutí con él, terminamos muy mal, yo tenía mis cosas en la calle para tomar un taxi y él llegó y me dijo que me llevaba, y empezamos a discutir porque él me dijo que las cosas no habían funcionado por mi actitud, yo no le contesté, entonces iba manejando como cafre y se les metía a los otros conductores y les decía de groserías, entonces yo le dije que si iba a seguir así que me dejara ahí, y se paró a mitad de la calle y me dijo “yo creo que es mejor si no nos volvemos a ver” y yo le dije que estaba bien y me bajé.

- Te dejó en la calle, y ¿sabe dónde estás viviendo?

- *No, me dejó a unas calles de mi nueva casa, pero se fue y no he hablado con él.*

- ¿Quieres hablar con él?

- *No*

- ¿Cómo vas a pagar tus gastos?

- *Ya lo pensé, tengo de lo que gané en la cafetería, de la beca y vendiendo dulces en la escuela, no necesito mucho.*

En este punto haré referencia de la supervisión en la que luego de relatar las sesiones anteriores, el supervisor hizo hincapié en una pregunta a la terapeuta “¿Por qué no te preocupa?”; al parecer la paciente presentaba actuaciones fuera del espacio terapéutico que yo no era capaz de prestarle la suficiente atención. En la siguiente sesión y debido a la supervisión dirigí la sesión a examinar la conveniencia de vivir fuera de casa de sus padres.

– ¿Cómo te va en tu nueva casa?

-*Pues más o menos, descubrí que el amigo con el que vivo es muy raro, no estudia, no trabaja y está todo el día en la casa. Además me molestó con él porque se comió mi fruta, y me dijo que si estábamos viviendo juntos teníamos que compartir todo. Para mí no es lo mismo pagarle una renta que vivir con alguien y se molestó por eso. Pasaron como dos días y me dijo que dejara la puerta de mi cuarto abierta por si él necesitaba sacar algo y le quitó la chapa a la puerta. Ya lo pensé y creo que me voy a salir de ahí, pero ahora el problema es a dónde.*

– Y no podrías decirle a tu mamá.

-*No sé, no creo que quiera, ella dijo que quería descansar de mí.*

En la siguiente sesión dijo:

- *Ya hablé con mi mamá y el fin de semana me mudo a su casa, pero no a mi antiguo cuarto, a uno que esta como por fuera de la casa, está en el piso de arriba y tiene su entrada propia, mi idea es hacer una pequeña cocina ahí y pues tiene su baño, así estaría más independiente [silencio]. Estoy saliendo con un chico que me gusta.*

– ¿Qué pasó con tu otro amigo?

–*Decidí no salir más con él, me dio miedo que lo fueran a cachar y pensaran que yo también estaba metida en eso [silencio]. También estoy buscando trabajo, un tío me va a conseguir en una ferretería como cajera.*

A partir de entonces y en repetidas ocasiones Diana intentó desistir del proceso psicoterapéutico con el pretexto de no tener tiempo por la escuela y el trabajo. Cierta vez, llegó a sesión diciendo:

-No tengo nada qué decir, no se me ocurre nada, no me ha pasado nada en la semana.

Ante el silencio prolongado Diana expresó con profundo coraje lo siguiente:

-Esto es una pérdida de tiempo porque tú no dices nada, para mi hablar contigo es como hablar con la planta, es lo mismo que si yo estuviera hablando sola, yo creo que ya no voy a venir.

–Desde hace días que cancelas la sesión, ya tenías la intención de irte. Se parece un poco a cuando te has ido de la casa de tus padres, te enojas y te sientes frustrada porque no respondo a tu demanda de “decir algo”, tus padres tampoco han respondido a tus demandas y en un acto impulsivo te quieres ir.

Una vez que Diana puso en palabras su enojo, dio un vuelco en el tratamiento; llegó a la siguiente sesión con lo siguiente:

-Estoy teniendo problemas para dormir, el otro día estaba en mi cama ya a punto de dormirme y antes de dormirme vi la sombra de un hombre en la ventana, primero la vi como afuera de la ventana, luego cerré y abrí los ojos y ya estaba adentro, y luego otra

vez hasta que lo vi al pie de la cama, me asusté mucho, me levante y me fui a dormir con mi mamá.

En este momento no parece importante aclarar si lo que vio fue producto de un sueño, o una alucinación, en lugar de eso el trabajo analítico permitió indagar acerca de la sombra.

–Se te ocurre quién puede ser ese hombre.

–No, no sé [silencio], ahora pienso en mis figuras masculinas, pero no puede ser mi papá, porque no tengo una buena relación con él. Él es una figura ausente y presente al mismo tiempo.

–Como la sombra.

La figura del padre que hasta ese momento había estado presente por medio de relatos en los que protagonizaba pleitos y fuertes discusiones, se hizo presente gracias a rememoraciones de la paciente.

–Tengo un recuerdo de estar caminando en medio de mis papás, ellos me tomaban de las manos y me columpiaban mientras caminaban y se reían.

– ¿Cuántos años tenías?

–Como tres años. Ahora me acuerdo de mi papá despidiéndose a través de la ventana, yo estaba con mi mamá y las dos estamos diciéndole adiós, yo sabía que ya estaban separados pero yo sentía como si todavía siguieran juntos. Y lo sabía porque recuerdo una vez en que estaba sentada en las escaleras de mi casa, en eso llegó mi papá y me preguntó por mi mamá, yo le dije que estaba en la cocina, entonces él fue para allá y empezaron a discutir. Se me vienen muchos recuerdos a la cabeza. [La paciente comienza a llorar pero no deja de relatar lo que recuerda] El día que se fue mi papá a Canadá yo le pedí que no se fuera, pero él me dijo que podía quedarse, pero entonces no tendría dinero suficiente para pagar la escuela que mi mamá me había escogido y que entonces se tenía que ir. Recuerdo las constantes llamadas en las que me decía que me portara bien y que estudiara mucho porque él estaba trabajando mucho para poder mandarme dinero.

Todos estos recuerdos estuvieron acompañados de llanto doloroso y afecto, situación que no se había presentado en sesiones anteriores. Por ese tiempo el padre se comunicó telefónicamente al programa para hablar con la terapeuta de su hija, al comunicarme con él, me hizo referencia al pleito que tuvieron en la primer mudanza de Diana, dos meses atrás, y me solicitó mi colaboración para mandarla con un psiquiatra que le recetara medicamentos ya que él pensaba que es bipolar. Cabe mencionar mi enojo ante tal solicitud y por otra parte mi actuación con la paciente, ya que le mencioné al padre que esa era mi decisión y no lo consideraba pertinente pero que lo hablaría con Diana y después me comunicaría con él, lo último no sucedió.

A Diana le informé lo sucedido con su padre, a lo que refirió sentirse molesta y dijo:

- Él siempre utiliza intermediarios para saber de mí, primero le habla a mi mamá, luego a mi abuela y ahora a ti, no entiendo por qué no habla conmigo directamente si quiere saber de mí.

Debido a que mi participación como terapeuta del PROAPE finalizó por ese tiempo, invite a la paciente a trabajar en consultorio privado, al cual asistió después de tres meses.

Análisis de Caso

Una de las aportaciones del psicoanálisis ha consistido en relacionar la aparición de un determinado acto impulsivo con la dinámica de la cura y la transferencia, Freud en 1938, explica lo siguiente:

*En modo alguno es deseable que el paciente fuera de la transferencia, lleve a la acción en lugar de recordar; lo ideal, para nuestra finalidad, sería que se comportase lo más normalmente posible fuera del tratamiento y que sólo manifestase sus reacciones anormales dentro de la transferencia.*⁹⁴

En este apartado elaboré un análisis de las actuaciones de la paciente en los diferentes momentos del tratamiento, para después analizar la posición transferencial y con ello la evolución del síntoma, es decir, la repetición. Primero analicé la serie de eventos repetitivos antes y fuera del análisis, a las que Laplanche y Pontalis definen como *acting out*, y que son aquellas: *[...acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades [...] y que adoptan a menudo una forma auto- o heteroagresiva...]*⁹⁵ Es importante destacar el carácter agresivo de cada una de las acciones que se describieron y con ello hacer énfasis en la pulsión de destrucción.

En segundo término realicé un análisis de la evolución de las actuaciones de la paciente en el espacio terapéutico con el fin de visualizar la posición transferencial. Finalmente y aunado a lo anterior analicé la posición contratransferencial de la terapeuta desde la concepción teórica de Faimberg, ya que como en todo proceso analítico, la importancia de la “*escucha de la escucha*” fue primordial para lo acontecido en el espacio.

⁹⁴ Ver Freud, *Esquema del psicoanálisis*, pág. 177

⁹⁵ Ver Laplanche y Pontalis, *Diccionario de ...* pág. 5

La compulsión a la repetición y la evidencia de lo reprimido en el *acting out* de Diana

Diana adolescente de 16 años llegó a terapia por lo que ella misma llama un "accidente" en el que resulta muerto su novio; accidente que coronó una serie de acontecimientos en la vida de Diana, que reconozco lo agresivo, lo violento y lo ominoso. Ominoso en el sentido que le da Freud del retorno de lo igual que se deduce de la vida anímica infantil, donde en lo inconciente anímico se discierne el imperio de una *compulsión de repetición* que probablemente depende, a su vez, de la naturaleza más íntima de las pulsiones, en este caso de la paciente.

Diana se destaca, de acuerdo con el relato de la madre por su temperamento rebelde y desobediente que inicia básicamente con la pubertad, después de los doce años. En la serie de episodios "rebeldes" están las numerosas veces en que la paciente salía de casa sin permiso y regresaba de madrugada, en ocasiones la madre le cerraba la puerta y Diana tenía que pasar la noche en casa de algún amigo. Las palabras "rebelde" y "desobediente", se encuentran repetidamente tanto en el discurso de los padres como en el de la paciente, y la solicitud de la familia hacia la terapeuta es "quitarle lo rebelde".

Aun cuando algunos reconocidos psicoanalistas como Anna Freud, que considera la crisis de la adolescencia como necesaria puesto que desempeña un papel de "organizadora" de la nueva personalidad, o Françoise Dolto que prefiere hablar de "mutación" que puede o no ser "conflictiva" y "ruidosa". Existen autores que se empeñan en defender que esta "crisis de adolescencia" no es sino una crisis de la relación, puesto que el adulto, en este caso los padres, se niegan a tomar en cuenta al Otro, el adolescente, en su singularidad y su riqueza; se niegan a reconocer que tiene una plena capacidad sexual, pensamiento propio, unas aspiraciones particulares.⁹⁶

⁹⁶ Ver Fize, *Los adolescentes*. pág. 27

Sin embargo, como la misma Ana Freud dice, es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia. Al respecto Aberastury y Knobel, explican que el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una entidad semipatológica que denominan como “síndrome normal de la adolescencia”. El adolescente debe vivir en esta etapa *duelos*, verdaderas pérdidas de personalidad que van acompañados por todo el complejo psicodinámico del duelo normal y en ocasiones, adquieren las características de un duelo patológico. Por otra parte este síndrome surge de la interacción del individuo con su medio. El mundo de los adultos, como los padres, no acepta las fluctuaciones imprevistas del adolescente sin conmoverse, ya que reedita en los adultos ansiedades básicas que habían logrado controlarse hasta cierto punto. Es un periodo de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social. El desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles. Este dolor es poco percibido por los padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace aún más difícil este proceso.⁹⁷

Entonces surge el cuestionamiento: ¿La angustia de la madre sobre el comportamiento de Diana es, hasta cierto punto, resultado de este “síndrome normal de la adolescencia”, o hay en su comportamiento signos y síntomas que sostengan la hipótesis de los padres de que puede ser “*bipolar*”, “*esquizofrénica*” o “*necesitar medicamentos*”?

La rebeldía mostrada en los diferentes actos de Diana casi siempre va acompañada por una actuación de los padres, por ejemplo, las diversas ocasiones en que la madre le cerraba la puerta cuando la paciente llegaba tarde, provocando que Diana pasara la noche en la calle o en casa de un amigo. Más tarde encontramos la misma conducta en el padre, al sacarle sus cosas de la casa cuando la paciente decidió ir a una fiesta sin su permiso. Al parecer la familia

⁹⁷ Ver Aberastury y Knobel, *La adolescencia normal*. pág. 9

repetía el acto impulsivo y agresivo de “dejarla fuera”, si ella no accedía el requerimiento de los padres.

Al mismo tiempo, ante la acción de los padres, Diana re-acciona. En una suerte de “acción-reacción-reacción”, llevando a la familia y a la paciente misma a un juego por demás peligroso. Recordemos la ocasión en que la paciente se escapa a un balneario por varios días estando bajo la tutela del padre, al llegar ella a casa, el padre trata de reprenderla y ella ante su enojo intenta saltar por la ventana en un acto impulsivo cuasi-suicida (ya que se encontraban en el cuarto piso), de suerte que el padre la sujeta, pero con la consecuencia de llevarla de regreso a la casa de la madre.

No fue la primera vez que los padres “devolvían” a la hija. Desde que la paciente entró a la adolescencia, ha pasado de una a otra casa en repetidas ocasiones, en todas el intercambio viene precedido por algún acontecimiento del tono “agresivo” y por la frase *“necesito descansar”* o *“ahí tienes a tu hija, yo no puedo con ella”*.

En este punto haré un paréntesis y centraré mi atención en las actuaciones de los padres, en específico de sus constantes quejas, y surge la pregunta: ¿de qué necesitan descansar los padres? En cuanto a la crisis de la adolescencia Fize asegura que el conflicto forma parte de la transición adolescente; las actitudes de oposición y de contestación (tan características en la “rebeldía”), pueden ser la causa de un deterioro del ambiente familiar. La adolescente es una joven que ya no quiere ser tratada “como niña”, es decir “gobernada”, para los padres esto no es del todo normal, para quienes el hecho de aceptar que ya no es una niña, resulta a menudo desgarrador. Por más que sepan que la adolescencia está por llegar, generalmente les es difícil soportar esta idea – y por ende al sujeto que viene con ella-.

El nacimiento de la adolescencia, nos recuerda el autor, no deja de ser una prueba traumática para los padres. La niña que era maleable, ahora es indisciplinada y desagradable. A los padres les cuesta trabajo ubicarse en relación

con “su” adolescente, quien ya no quiere obedecer “sus” reglas por simple costumbre. De modo que la adolescencia implica antes que nada un juego de relaciones. Un juego complicado con unos compañeros-adversarios que tienen miras antagónicas: autoridad por un lado (padres), autonomía por el otro (adolescente).

La adolescencia se trata de un complejo proceso de emancipación, que suele reactivar, en los padres, su propia adolescencia y que despierta en ellos la conciencia más aguda del tiempo que pasa. Es un miedo generalizado que invade a los padres. Miedo a un declive de su sexualidad, mientras que en “su” hijo –o hija-, en cambio alcanza su madurez (y por tanto su plenitud) sexual. Miedo al regreso (en forma de fantasías) de antiguos lazos incestuosos. En efecto, mientras subsista la “inmadurez” fisiológica del niño, el deseo incestuoso (inconsciente) permanece oculto. Juegos de caricias, mimos diversos se dan sin angustias ni culpabilidad, debido precisamente a esta “inmadurez”. Todo esto cambia radicalmente en la adolescencia.

Por otro lado la búsqueda de la autonomía intelectual del adolescente se vuelve inaceptable para muchos padres que perciben estos avances como otras tantas derrotas personales. De ahí las crispaciones, el mal humor y la “tentación autoritaria” que suelen manifestar. Y, como respuesta de parte de los hijos, las rebeliones, provocaciones y demás arrebatos anímicos, los cuales agravan aún más las crispaciones y oposiciones de los padres. En un ciclo infernal.

Por consiguiente, lo que se esconde detrás de la idea de “crisis de adolescencia” son en realidad las relaciones de poder expresadas por los padres y que se vuelven insoportables para los adolescentes.

Las conductas repetitivas de los padres, que manifiestan en realidad una crisis en la relación con su adolescente, son un importante punto en la historia de la paciente. En cierta ocasión Diana expresó al respecto en sesión: *- me da coraje que mi mamá me mande con mi papá, siempre ha sido así cuando uno se cansa de mí me manda con el otro, para qué tiene una hija si después se va a querer deshacer de ella. Es*

evidente para la paciente la conducta repetitiva de los padres, en específico de la madre, y la evidencia de lo que ahí se repite. En entrevista con la madre, acepta que el padre le solicitó abortar a la niña e inclusive el padre acepta no haber deseado el nacimiento de Diana. Pero, ¿es el rechazo de la todavía no nacida niña lo que se repite?, ¿es la posibilidad del no-nacimiento, del no-yo?, ¿es éste el origen de las pulsiones destructivas en la paciente?

Y es que no son las únicas ocasiones en donde la pulsión de destrucción aparece en la historia de las actuaciones de Diana. En dos ocasiones la paciente lleva a su escuela alcohol por lo cual en las dos ocasiones es *expulsada* de diferentes escuelas, nuevamente se repite en el acto de la expulsión, la pulsión de destrucción. De una manera sutil en cierta ocasión se relaciona con un chico de la escuela que vende drogas, y en otra ocasión se va a vivir con un chico recién conocido, poniéndose en riesgo de expulsión e incluso de destrucción. Finalmente la actuación gracias a la cual tenemos acceso a la paciente, es el accidente que da muerte al novio, *imprudencia* como ella misma le llamará en sesión, en donde a través de la reelaboración del paso al acto, puede verbalizar sus fantasías suicidas: aventarse del edificio donde trabaja su madre o aventarse al metro. Trayendo a la escena terapéutica la fantasía de su aniquilamiento y la pulsión de destrucción.

Pulsión de destrucción en el sentido utilizado por Freud para designar las pulsiones de muerte, desde una perspectiva más cercana a la experiencia biológica y psicológica, orientada al mundo exterior. Este tipo de pulsiones tienden a la reducción completa de las tensiones, y aunque para el autor se dirigen primero al interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigen hacia el exterior manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva. Es por esto que en este momento del análisis con Diana la pulsión que predomina es la de destrucción a través de sus actuaciones.

En cuanto a las formas de agresión (autoagresión o heteroagresión) y el “retorno sobre la propia persona” Laplanche, explica que concierne al “objeto” de

la pulsión, objeto que puede ser intercambiado y, de exterior, trocarse en un objeto interno: el propio yo. En Diana el objeto de la pulsión es en un momento la madre, otro el padre, otro cualquiera que se ponga como destinatario de esa pulsión, y luego retorna al propio yo.

Las actuaciones impulsivas de Diana fueron evolucionando conforme el tratamiento terapéutico, en cierta ocasión relató el momento en que sufre un “desmayo” a causa de una discusión. Se encontraba en medio de su padre y T., la media hermana de Diana (hija de la madre), éstos estaban discutiendo por un retraso de la paciente, cuando en medio de la discusión, refiere en sesión: *-[...] me desmayé, bueno como que me desvanecí, sentí débiles las piernas y me caí y ya después me levanté.* Si sustituimos la figura de la media hermana por la de la madre, es evidente la formación edípica. Una vez más la paciente se “desvanece”, se “destruye” frente a la pareja de progenitores que discute por su causa, por su *retraso*, su no-nacimiento.

El *acting out* de Diana en el espacio terapéutico

De la misma forma en que presenté los diferentes actos de la paciente fuera del espacio, en esta sección elaboraré un análisis de las diferentes actuaciones dentro de la terapia. Y en relación con la posición transferencial de la paciente, los diferentes momentos en que se observa cómo la transferencia evolucionó.

En términos de Faimberg existen formas de resistencia que se manifiestan en la transferencia, a las que definió como resistencias que el yo opone en el análisis a la decepción de no ser el centro y amo de su mundo. El yo se niega a reconocer tres cosas: 1) la imposibilidad del sujeto de autoengendrarse, 2) la diferencia de los sexos y 3) la alteridad. En este sentido el yo se niega a aceptar la herida que le impone el Edipo. Los padres o progenitores internos tal como están inscriptos en el psiquismo del paciente son recreados en la transferencia.

Las resistencias narcisistas que crean el obstáculo más poderos al proceso analítico son las que surgen de la determinación de la identidad del paciente, que

a su vez resulta de la lucha narcisista con los progenitores internos, tal como se revela en la transferencia. Un ejemplo usual de resistencia narcisista aparece cuando el paciente responde a una interpretación (que no sea ineficaz o francamente errónea) con estas palabras: “no lo veo de este modo”. En realidad, esa expresión suele significar: “no lo veo de ese modo, porque su interpretación me causa displacer; por consiguiente, deseo expulsar el displacer, rechazo esta interpretación, mis asociaciones e incluso que usted, como analista, exista. Esta realidad psíquica no me pertenece: es “no-yo”, no la siento”.

El inicio del tratamiento fue imposición de la madre, al llevarla al programa y hablar directamente con una de las coordinadoras. En un principio Diana se mostró renuente en recordar su infancia e inclusive la escena que dio muerte a su novio, pretextando que *“ya había pasado y no valía la pena recordarlo”*, en otras ocasiones decía: *“no se me ocurre nada”* o *“no tengo nada más que decir”*. Se muestra su imposibilidad de auto engendrarse, su “no-yo”, la posición transferencial es de tipo narcisista, al complacer el deseo de los padres: *“no tengo nada que decir porque no soy digna de amor, y todo aquello que mis padres repudian en ellos soy yo, soy su no-yo”*.

Su renuencia a recordar va más allá de la inhibición, y en este sentido también es importante el silencio de la paciente, un silencio que en este momento del tratamiento esta puesto al servicio de la represión y la pulsión de destrucción. Es importante aclarar que en este momento la paciente actuaba frente al encuadre con estricta religiosidad por lo menos en cuanto a la puntualidad y asistencia. Su resistencia hacia la terapia provenía de otro lugar.

Freud advierte que al principio el paciente no sabe decir palabra, calla y afirma que no se le ocurre nada. Durante el lapso que permanezca en tratamiento no se liberará de esta compulsión de repetición, esta es su manera de recordar. Para Green el silencio refuerza lo que se verbaliza con todo lo implícito que, en la escucha, le confiere su densidad y su espesor, participando de manera a veces catalítica en la creación de un fragmento venidero, que no habría podido

enunciarse sin esos enlaces mudos actuando de manera latente. Y a veces, cuando la enunciación no ha tenido lugar, el vínculo se ha establecido sin embargo en silencio. Se lo adivinará *après coup* con el examen atento de las asociaciones subsiguientes. Otra posibilidad es que, en el curso de la enunciación su indecibilidad no se resume en que se los calla sino que la moviliza una orden terminante de no decir o, precisamente, de reprimir, de borrar, en lo relativo a tal o cual fragmento del movimiento discursivo.

En lugar de recordar o elaborar algún pensamiento, Diana interrumpió la sesión con el pretexto de ir hacer del baño, aun cuando faltaban pocos minutos para que la sesión terminara. Una actuación puesta en el cuerpo, recordemos que el momento se da justo cuando se escucha un estruendo y “recuerda” que “*así se escuchó*”, refiriéndose a la explosión que da muerte a su novio. Cuando la terapeuta le hace referencia de esta rememoración la paciente asegura: *-Nada, sólo fue una coincidencia...* y posteriormente *-¿puedo ir al baño?* Es como si en su actuación evidenciara “*esto que estás diciendo no es verdad, por tanto no seguiré escuchándote y he decidido irme*”, más adelante retomaré esta escena que tiene importancia no sólo en la posición transferencial sino también en la contratransferencial, evidenciando así el mismo juego de “acción-reacción-reacción”, del que ya se había hablado.

En las siguientes sesiones llevó comida al espacio, quizá como una forma de incorporar a la terapeuta. También ante la sorpresa de la terapeuta se durmió en el espacio. Orinar, comer y dormir; procesos corporales obedientes al principio de placer. En las sesiones quien gana la batalla en este momento es el placer sobre el principio de realidad. Será que la paciente se puso en posición frente a la terapeuta tal cual infante y en total dependencia: “*límpiame, aliméntame, duérmeme*”.

De ahí el constante silencio en espera de que la terapeuta diera una solución-opinión de lo que le acontecía, silencios acompañados por una mirada de interrogación. Sin embargo su frustración no se hizo esperar cuando llegó a sesión

anunciando que ya no quería seguir con el tratamiento. Ante el silencio de la terapeuta reclamó: *-Esto es una pérdida de tiempo porque tu no dices nada, para mi hablar contigo es como hablar con la planta es lo mismo que si yo estuviera hablando sola.* Toma en ese momento la posición edípica transferencial: *“Tu como mi madre y mi padre, no me escuchas, me dejas sola”*.

Cuando más avanza el proceso de habla, refiere Green, más queda capturado en un doble propósito: aproximarse hacia el nudo del conflicto inconsciente reactivado a esa altura por influencias múltiples y, a la inversa, apartarse de él para evitar una toma de conciencia demasiado penosa puesto que se encamina hacia la extinción de la palabra dirigida al otro; palabra que a veces ha quedado sin respuesta y que otras ha suscitado una respuesta que no se habría querido escuchar, cuando sonó el final de la hora analítica.

En este punto, explica Winnicott⁹⁸ el paciente debe pasar la difícil prueba –y conminar al objeto de la transferencia a dar pruebas- de la indestructibilidad del analista frente a los ataques repetidos, de hecho nuficadores, que le es inevitable ejercer para con su objeto debido a que este no puede sino repetir las carencias del entorno. Estos ataques no siempre adoptan la forma de la agresión explícita, pero puede expresarse como una renegación silenciosa del objeto o, en última instancia, del sujeto mismo. “Usted no existe” o, mucho más que eso, y esta vez de manera más radical, “Yo no existo”.

Luego de esta sesión parte aguas en el tratamiento, en que la paciente nulifica a la analista y a ella misma, Diana llega con el relato de que vio la “sombra” de un hombre, y la compara con sus *“figuras masculinas”*, como el padre, y agrega *-Él es una figura ausente y presente al mismo tiempo.* Es curioso comparar a la terapeuta con una “planta”, viva pero inmóvil, presente y ausente en el espacio, es decir como una “sombra”.

⁹⁸ Ver Green *El tiempo...*

En el transcurso de la terapia también se puede observar en el discurso de Diana, lo esperado de la terapia y la terapeuta; vemos por ejemplo muy al inicio que refiere haber estado en sesiones de tanatología: *-No me siento identificada con lo que se maneja ahí, de que hay que perdonar y eso...* En esta frase quizá hace también referencia al espacio recién iniciado, no se *identifica* con un espacio impuesto por la madre, es decir no se identifica con la madre y por tanto con la terapeuta que es su representante.

Posteriormente y después de varias sesiones, al hablar de sus fantasías de destrucción (suicidio), Diana dice: *-[...] no soy religiosa pero me gustaría empezar de cero como reencarnar]* Me permito interpretar lo anterior como una reencarnación psíquica gracias al proceso terapéutico que permitió por un lado la puesta en escena donde se actuaron las mociones pulsionales de destrucción, y por el otro el proceso doloroso de vuelta a la vida y al principio de realidad.

Si asumimos la posición transferencial edípica de la que habla Faimberg, entonces es importante analizar también los momentos transferenciales en función de sus relaciones objetales. Al respecto la paciente mencionó en cierta ocasión: *-No sé si quiero a mi mamá, probablemente no siento nada por ella... me ha lastimado y viceversa.* Es posible que al igual que en la relación con el Objeto materno, la tendencia hacia lo *viceversa* predominara en el espacio con la terapeuta: *“me has lastimado y viceversa”*.

Una vez hablada la transferencia, la paciente mostró en sus siguientes sesiones una accesibilidad al fenómeno de rememoración y llegó con el siguiente relato: *-Tengo un recuerdo de estar caminando en medio de mis papás, ellos me tomaban de las manos y me columpiaban mientras caminaban y se reían.* En este momento de la transferencia se podría decir que la paciente se sentía sostenida, en un movimiento de *vaivén*, como el columpio, que me remite a “la escucha de la escucha”. La paciente ahora se siente reconocida y sostenida por la terapeuta que escucha el enojo de la “niña”, que no fue amada por la madre.

La posición contrasferencial y la importancia de la “escucha de la escucha” en el tratamiento de Diana

El concepto de contrasferencia ha sido objeto de discusión entre teóricos psicoanalistas, en esta ocasión tomé la decisión de distinguir el término en función de la conceptualización teórica de Faimberg debido a su enfoque, ya que es importante para el entendimiento del caso de Diana, analizar el funcionamiento psíquico de la terapeuta. La autora refiere que el término puede denotar no solo los aspectos neuróticos irresueltos del analista, sino también su funcionamiento psíquico inconsciente. Señala que la actividad psíquica global del analista es puesta al servicio de la escucha de lo que el paciente dice o no puede decir durante la sesión. Esa actividad psíquica se centra en la función analítica y, en cuanto está dirigida a la escucha del discurso del paciente, las posiciones del analista y de este último son disimétricas.

Entonces, la posición contrasferencial es toda la actividad psíquica del analista tendiente a restaurar lo que corresponde a la historia de la transferencia; ya que muchos de los enigmas planteados por la transferencia se resuelven, finalmente, porque el analista descubre los comienzos del displacer en su contrasferencia y sigue esa pista que se ha revelado de manera inesperada.

Volviendo al caso, siendo principiante en la teoría psicoanalítica y en el trabajo con pacientes, se decide que yo seré la terapeuta de Diana. Un alguien me elige sobre mis compañeros, situación que me “privilegia”, y sin embargo me invade de dudas: *¿por qué a mí?, ¿Seré de verdad buena terapeuta para esta paciente?, ¿cuál será mi posición frente a los demás (compañeros, maestros, coordinadora), si por alguna razón fracaso?, ¿cómo se sabe si uno ha fracasado o ha tenido éxito en la cura de los pacientes?, etc.*

Cuando uno se encuentra en sus inicios como terapeuta, pretende encajar en la técnica antes de pensar en la posibilidad de dar una interpretación. En el inicio del tratamiento con Diana, me aseguré de poner en claro el encuadre ante todo. Generalmente y sobre todo al inicio los pacientes suelen transgredir el

horario, la puntualidad y los pagos, el analista pendiente de estas actuaciones verá las resistencias del paciente y las hará evidentes, uno se prepara para estas situaciones. En este caso, Diana cumplió religiosamente con la asistencia, la puntualidad y con la cuota del servicio. Sus actuaciones llegaron por donde nunca lo espero la terapeuta, dentro del encuadre.

En cuanto al motivo de consulta fue muy evidente desde el inicio mi horror, *“¡novio muerto electrocutado y en llamas!”*, ¿cómo superar la primera impresión? Me preparé para la primera consulta, esperaba ver a una “viuda” inconsolable que nunca llegó. En su lugar asistió esta joven llena de color pero de vacío emocional, porque vacío era lo que dejaba en el consultorio y en la terapeuta, vacío teórico, vacío técnico, vacío narcisista.

Me sostenía en el encuadre, tratando de no ceder a las demandas de la paciente de dar respuesta o mi opinión, sin embargo he de confesar que cedí al silencio. Me fue muy difícil sostenerme en ese limbo psíquico, especialmente al principio y ante la mirada de la paciente, mirada interrogante. Si bien mi solución siempre fue la pregunta, después del silencio; *¿qué esperas de este espacio?, ¿qué piensas?, ¿qué sientes?* Su mirada hizo mella en mí, en ella estaba la mirada del Otro, el supervisor, el maestro, el colega, el padre, el ideal del yo. No queda más que aceptar que mi posición contratransferencial al inicio del tratamiento de Diana era de tipo narcisista. Yo quería ser buena terapeuta y en ello me enfrasque en una búsqueda técnico-teórica que diera la “receta mágica”, mi solución al problema, porque sí, para mí en ese momento la paciente era un problema.

Recordemos la escena en donde la paciente pide autorización para salir al baño, minutos antes de que termine la sesión, ya hemos hablado de su actuación, vale la pena ahora revisar la actuación de la terapeuta. Una vez que ella se levanta de su lugar y se dirige a la salida dando fin a la sesión, mi “autoridad” queda invalidada y ante mi muy claro enojo le ordeno: *“no te vayas ya va a terminar, si te vas ya no regreses”*. Le hago evidente quién manda en ese lugar, a

lo que ella responde: *-Perdón pero tengo que ir. Nos vemos la próxima sesión, ¿verdad?* Me hace evidente que no le importa y me recuerdo que no estoy para dar órdenes, así que respondo derrotada: *“Sí, nos vemos la siguiente sesión”*. Sobra decir que mi actuación fue de principiante, sin embargo sumamente enriquecedora para el entendimiento de las actuaciones de los padres y de la paciente.

“Si te vas ya no regreses”, ¿es acaso el discurso de los padres?, ¿no será pues, el mensaje que constantemente hacen llegar a la paciente en sus actuaciones? *“Te dejo afuera para que no regreses”*, *“saco tus cosas para que no regreses, ¿te mando con tu padre/madre para que no regreses?”* En esta simple acción contratrasferencial, se evidencia la verdad psíquica de las actuaciones de los padres y la paciente en su vida misma, lo reprimido. Pulsión de destrucción que amenaza con la vida psíquica y en este caso con la cura de la paciente. Es el mismo juego de “acción-reacción-reacción” de los padres, la hija hace algo (se va de fiesta, llega tarde, etc.), los padres reaccionan dejándola fuera, regañándola; la hija reacciona a su vez (lanzándose por la ventana, se va con un amigo, etc.) En una cadena de actuaciones de nunca acabar.

¿Por qué dejarla fuera del espacio?, ¿por qué la terapeuta atenta en contra de la cura de la paciente?, la respuesta es casi predecible. Porque la paciente atenta en contra del narcisismo de la terapeuta. La actuación de la terapeuta se fue cultivando incluso antes de la primera sesión, en el *“deseo de ser buena terapeuta”*, y a qué buen terapeuta se le salen los pacientes e incluso se le duermen en sesión.

Para Faimberg el discurso del paciente despierta en el analista una forma de funcionamiento psíquico que le incumbe analizar para distinguir lo que depende de sí mismo de lo que corresponde al paciente. De ahí la recomendación de Freud de que el propio analista debe haberse analizado. El contexto personal será tan importante como la filiación analítica, y la posición teórica. Esa posición teórica también está atada a su filiación analítica, en cuanto ésta resulta de lo que su analista y sus supervisores le han transmitido.

Al respecto, cada semana le contaba al supervisor mis frustraciones y al igual que la paciente, la analista solicitaba una respuesta, una fórmula, una nueva técnica que le hiciera entender a la paciente que tenía que ser “buena” paciente con su terapeuta. No fue hasta que me di por vencida de pretender ser también “buena” terapeuta que pude salir de mi posición narcisista.

En la siguiente sesión en que Diana me refirió sentir sueño, pude soltar la sencilla pregunta: *-¿Sueñas?-*, a lo que la paciente relata el sueño en el que aparece su novio muerto y le dice que la extraña, primera ocasión en que la paciente muestra emoción y rememora al difunto novio. La pregunta fue para mí la llave de acceso al mundo psíquico de la paciente.

De acuerdo con Fraimberg, las interpretaciones no llegan al lugar al que el terapeuta desea, uno tiene que lanzar la interpretación y esperar a que el paciente indique dónde ha caído si es que uno tiene el tino de haberla hecho en el lugar y tiempo correcto. Lo pienso como aventar una moneda de espaldas, uno piensa que la ha lanzado al lugar correcto pero no es hasta que “escucha” el sonido de la moneda en el suelo que se da uno cuenta en dónde específicamente ha caído, esta es mi interpretación de lo que entiendo sobre “la escucha de la escucha”. El trabajo del analista no termina en la interpretación, termina en la escucha de lo que el paciente escuchó en su interpretación.

La pregunta *¿Sueñas?*, es acaso una interpretación de las actuaciones, que cae justo en la historia del novio, sin embargo la paciente no hace elaboraciones del sueño. Ante esto me atrevo a interpretar su deseo de que él esté vivo, su respuesta es: *-He pensado que a lo mejor él se quería morir...* El deseo de muerte es el deseo de la paciente. Lo que quedó confirmado con sus fantasías suicidas de las que ya se discutió previamente.

Otro momento trascendental fue la noticia de que los padres de Diana decidieron ir a terapia familiar, lo que a mi parecer fue una intrusión al trabajo que ya tenía con la paciente. Aun cuando no emití opinión o prohibición alguna al respecto, si tuve nuevamente una actuación. En esa ocasión la paciente me

contaba el episodio en el que se encuentran discutiendo su hermana y su papá, cuando en el instante ella se desmayó. A mi pregunta de lo que pensaba al respecto contestó: *-No sé, además mi mamá me regañó por meter en problemas al novio de mi hermana [silencio], ¡ah! La terapeuta familiar les dijo a mis papas que me iba a mandar con un psiquiatra para que me recetara antidepresivos.* Olvidando por completo el episodio familiar me concentré en la intrusión de la “otra” terapeuta. Pregunté - *¿Y tú quieres?* Mi pregunta iba dirigida a verificar que la intromisión no fuera tan grave, que la paciente por ningún motivo accediera ante tal petición, pero sobre todo establecer a cuál de las dos terapeutas le haría caso. ¿Cómo era posible que la otra terapeuta se aliara con los padres para boicotear la terapia de Diana?, o desde mi posición narcisista, ¿cómo era posible que boicoteara mi trabajo como terapeuta? Luego de la supervisión se decidió esclarecer con la paciente que esa decisión la tomaríamos en éste espacio.

Lo que me parece importante destacar es la omisión del relato de Diana, como terapeuta me había disputado a la paciente, disputa que me recuerda a la de los padres. Diana se resiste al trabajo psíquico que requiere el pensar su actuación de “desmayarse” y ante mi pregunta ya no opta por el silencio ahora me lanza la intrusión de la terapeuta familiar, me despista del trabajo analítico y mueve en mi a la terapeuta narcisista que desea ser “mejor terapeuta” que la otra y para el Otro.

Una de las quejas constantes de la paciente era que sus padres discutían todo el tiempo a causa de ella, tal como lo relata en el episodio en el que se “desvanece”. En mi actuación narcisista, la paciente también se desvanece, lo importante ya no es su trabajo psíquico, es mi ego de terapeuta. Repetimos el acto de “desvanecerse” y con ello el predominio de la pulsión de destrucción.

Los autores del trabajo analítico no solo son paciente y analista, cuando el paciente nos hace partícipes de su historia, ahora nosotros nos adueñamos de ella y bajo ciertos códigos éticos, hacemos uso de ella; por tanto como copartícipes de esta historia nos damos el derecho de contarla a otros, casi siempre en la

supervisión. El trabajo en supervisión fue de esencial relevancia, ya que verbigracia de “la escucha de la escucha”, ahora el supervisor escucha la historia desde el terapeuta y a su vez el terapeuta escucha lo que escucha el supervisor. Para este caso, la pregunta del supervisor en dos ocasiones fue: *¿Por qué no te preocupa?*, en referencia a dos actuaciones de la paciente que evidentemente la ponían en riesgo. Aun ahora no tengo respuesta a esa pregunta.

Sin embargo tiene relevancia cuando la paciente expresó sus intenciones de dejar la terapia: *-... por qué tú no dices nada-*. Ambos supervisor y paciente, demandaron de la terapeuta lo que sólo puedo escuchar como “atención”. La interpretación para Diana fue la siguiente: *-Desde hace unos días que cancelas la sesión, ya tenías intención de irte. Se parece un poco a cuando te has ido de la casa de tus padres, te enojas y te sientes frustrada por que no respondo a tu demanda de “decir algo”, tus padres tampoco han respondido a tus demandas y en un acto impulsivo te quieres ir.* En esa sesión la paciente nada dijo al respecto.

Una vez puesto en transferencia las demandas de la paciente, el trabajo psíquico de Diana se comprometió con la rememoración de eventos que tenían que ver con el tiempo pre-edípico. Se recuerda a sí misma a la edad de tres años, en compañía de los padres, uno de cada mano de la niña, ambos la columpiaban. No será acaso el lugar tan anhelado por la paciente, en sus actuaciones busca y encuentra la manera de unir a esos padres, como hilo conductor, ya bien sea para estar *“alegres y reír”* o para *“discutir y pelear”*. ¿Será esta la encomienda?, encomienda de la madre para retener al padre. En cierta ocasión la madre de Diana me refirió que: *“...de haber querido la hubiera abortado”*, en vista de que el padre se lo había solicitado. En ese momento interpreté un deseo de la madre por abortarla, además de las constantes quejas también había expresado querer descansar de ella. Es posible que esta misma frase se pueda interpretar de otra manera, a decir: *“de haberla abortado él (padre) se hubiera ido”*.

La figura del padre que hasta ese momento había estado presente por medio de relatos en los que protagonizaba pleitos y fuertes discusiones, ahora se

hacía presente gracias a rememoraciones de la paciente. Le viene a la cabeza el recuerdo de su padre despidiéndose a través de la ventana, ella está con su madre y ésta le dice adiós, aquí ella sabe que los dos están separados pero siente como si siguieran juntos.

Después recuerda una escena en la que ella está sentada en las escaleras de su casa, el padre llega del trabajo y le pregunta por la madre, Diana responde que está en la cocina hacia donde se dirige el padre después los escucha discutir. Recuerda el día en el que el padre se fue a Canadá, él le dijo que podría quedarse pero entonces no tendría el suficiente dinero para pagar la escuela que su mamá eligió para ella, entonces se tenía que ir. Además recuerda las constantes llamadas telefónicas desde el extranjero, el padre le pedía que se portara bien, y que estudiara mucho porque él estaba trabajando mucho para poderle mandar dinero. Todos estos recuerdos estuvieron acompañados de llanto doloroso y afecto, situación que no se había presentado en sesiones anteriores.

En resumen, al finalizar esta etapa del análisis, Diana había sustituido el actuar por el recordar y elaborar, derivado de la posición transferencial en la paciente y la presencia psíquica del analista, que a su vez fue resultado de la dialéctica entre lo que la paciente dijo o no y lo que la analista pudo escuchar.

Conclusiones

De acuerdo a los objetivos establecidos en el presente trabajo, analizar desde el enfoque psicoanalítico lo acontecido en el trabajo terapéutico de Diana, una adolescente de 16 años, permitió el entendimiento de sus actuaciones desde la compulsión a la repetición y el papel de los procesos transferenciales y contratransferenciales en la cura psicoanalítica.

El análisis de las diferentes actuaciones de la paciente nos permiten concluir que se acepta la hipótesis propuesta que dice que la transferencia, definida en psicoanálisis como el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, en este caso sobre el objeto del analista y observada en las sesiones a través de las actuaciones dentro del espacio, los silencios, y las elaboraciones de la paciente; y la contratransferencia, como la actividad psíquica global del analista puesta al servicio de la escucha de lo que el paciente dice o no durante la sesión, también observada en las actuaciones de la analista, las interpretaciones y el análisis, son procesos que contribuyeron a la cura psicoanalítica de los síntomas de compulsión a la repetición de la paciente Diana fuera del espacio terapéutico.

La compulsión a la repetición en Diana estuvo en un principio escenificada por diversas actuaciones, como llevar alcohol a la escuela, llegar tarde a su casa, intentar aventarse por la ventana o dentro del espacio analítico ya sea llevando comida, durmiendo en el mismo, etc. Se ve en esta compulsión a la repetición el carácter inconsciente y autónomo, en apariencia motivado por lo actual pero con el característico conflicto de la interacción del principio de placer y el principio de realidad. Se concluye que la mayoría de sus actuaciones tienen consecuencias graves, en términos de principio de placer en donde se busca la descarga total de la energía hacia lo inanimado del organismo.

Una característica observable en la compulsión a la repetición es su carácter ominoso que es aquello conocido-desconocido, lo que una vez formo

parte de la historia de la paciente, instaurado en el inconsciente y que se actualiza de manera involuntaria al sujeto una y otra vez, dejándolo presa de su destino cíclico. De acuerdo con lo observado en Diana, sus repeticiones nos permiten deducir que lo ominoso proviene de la identificación con el “no-yo” de los progenitores, con el rechazo de los padres que se manifestó desde su gestación. De esta forma la pulsión de muerte encuentra en la repetición el camino de la descarga.

Se concluye que la compulsión a la repetición en las actuaciones de la paciente fuera y dentro del espacio psicoanalítico son agresivas en sus dos modalidades (auto-agresivas y hetero-agresivas) por lo que se evidencia la pulsión de destrucción como principal motor de empuje en el comportamiento de la paciente. De acuerdo a la historia de la paciente se puede inferir que lo ominoso en sus actuaciones proviene de lo más arcaico en la paciente, en el momento de su concepción y el deseo de los padres.

Por otro lado, la repetición dentro del espacio analítico permitió vislumbrar hacia qué posición transferencial se colocaba a la terapeuta, se puede inferir que en la posición Edípica en donde el enojo y la ira por el rechazo y la indiferencia de los padres se hacía evidente dentro del análisis. La escucha de los sentimientos de la paciente fue primordial para ganarle terreno a la repetición y en su lugar sustituir en la paciente el actuar por el recordar.

De la misma forma la escucha de la posición contratransferencial de la terapeuta fue fundamental para el entendimiento de lo que ocurría ahí, en ese espacio transferencial. A través de la escucha de la escucha de acuerdo a la concepción teórica de Faimberg, permite concluir que las diferentes posiciones contratransferenciales de la terapeuta (narcisista o Edípica), en los distintos momentos de la terapia con respecto a las actuaciones de la paciente fueron un factor determinante del éxito en la cura psicoanalítica.

Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2007). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador.
- Anzieu, D. (2007). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Faimberg, H. (1981). La <<escucha de la escucha>>: una contribución al estudio de las resistencias narcisistas. En H. Faimberg, *El telescopaje de generaciones* (págs. 46-63). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Faimberg, H. (1989). La posición contratransferencial y la contratransferencia. En H. Faimberg, *El telescopaje de generaciones* (págs. 95-105). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Faimberg, H. (1989). Repetición y sorpresa: la construcción y su validación. En H. Faimberg, *El telescopaje de generaciones* (págs. 79-94). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fize, M. (2007). *Los adolescentes*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. II, págs. 1-25). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. I, págs. 323-389). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. VII, págs. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905). Sobre psicoterapia. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. VII, págs. 243-257). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. VII, págs. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. X, págs. 119-194). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XII, págs. 217-231). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1911). *Los dos principios del acontecer psíquico*. (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XII, págs. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis, I). En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XII, págs. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XII, págs. 146-157). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XII, págs. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917). Una dificultad del psicoanálisis. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XVII, págs. 125-135). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1919). Lo ominoso. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XVII, págs. 214-251). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1919). Pegar a un niño. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XVII, págs. 173-200). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XVIII, págs. 3-62). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). Dos artículos de enciclopedia: <<Psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XVIII, págs. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras completas* (2 ed., Vol. XIX, págs. 3-66). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924). El problema económico del masoquismo. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 161-176). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1925). La negación. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 249-257). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XXIII, págs. 211-254). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1938). Esquema del psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XXIII, págs. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Green, A. (2001). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Jeán Laplanche, J.-B. P. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis* (2 ed.). Barcelona: Labor, S.A.
- Laplanche, J. (2001). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ruiz, P. (2005). Transferencia. En V. Mira, P. Ruiz, & C. Gallano, *Conceptos Freudianos* (págs. 499-511). España: Síntesis.