

Conceptos fundamentales de la clínica psicoanalítica Jakinmina 2018

Transferencia y repetición

1.- Introducción.

En el capítulo III del seminario de este año, S-11, Lacan en la página 41 hace una afirmación, que no siendo la primer vez que suscita debate, me sigue chocando, lo que ha motivado la elección de este tema. Tema que no es más que uno de los tantos interrogantes que este seminario suscita.

La afirmación en concreto es:

“Uno oye decir por ejemplo, cosas de todos los días, que la transferencia es una repetición. No digo que sea falso y que no haya repetición en la transferencia. No digo que Freud no se hubiera acercado a la repetición a propósito de la experiencia de la transferencia. Digo que el concepto de repetición nada tiene que ver con el de transferencia”. (Lacan, J. 1964, Seminario 11, P. 41)

Luego, Lacan sale de la polémica decantándose por hacer un abordaje lógico y no cronológico de la relación de estos fenómenos porque según él, seguir por la vía cronológica ahonda en las ambigüedades del concepto de repetición, que subordina la repetición a la experiencia de la transferencia.

Más adelante en el capítulo X hace referencia a autores coetáneos, o anteriores, sobre todo Macalpine¹ y Szasz² (p. 143), para ilustrar las paradojas a las que se llega entre los analistas en tema de transferencia. Así, desde considerarla como el eje fundamental que sostiene la estructura de la cura analítica, a considerarla como error, una falsedad, etc...

Como continuación de su exposición hay en este seminario de los “*Cuatro conceptos fundamentales...*” una serie de capítulos dedicados a la

¹ Ida Macalpine: Nació en Nuremberg en 1899, doctorada en medicina, trabajó en el psiquiátrico Lancashire. A la muerte de su marido emigra a Londres donde comienza en 1928 su trabajo en psicoanálisis, enrolándose en la Ego Psychology y la escuela psicósomática. Dedicó su obra analítica a la transferencia, la psicósomática y la psicosis. Al final de su vida abandona el psicoanálisis y centra su carrera en la historia de la medicina y la psiquiatría.

² Suponemos que se trata de Thomas Szasz referente importante de la antipsiquiatría (1920-2012) autor de “El mito de la enfermedad mental y la fabricación de la locura”, pero que también otro texto: *La ética del psicoanálisis: teoría y método de la psicoterapia autónoma*

transferencia, pero con un esquema conceptual muy distinto al de Freud, aunque sin contradecir las ideas de éste.

Es decir, se puede ver por un lado la importancia de este concepto en Lacan, puesto que por un lado es uno de "Los cuatro conceptos fundamentales" (junto con el inconsciente, la repetición y la pulsión), y por otro hay una elaboración progresiva de la cuestión de la transferencia. Evolución dialéctica, puesto que Lacan en su "retorno a Freud" da por erróneas unas cuantas afirmaciones de los analistas de su época, los que fundan el psicoanálisis en "la teoría de las relaciones objetales" (Klein, Balint etc.. o en el psicoanálisis del yo (Ana Freud...), o los del "Self psychlogi" (Kohut...). Ya desde el Seminario I, en la crítica a Balint.

En mi opinión, no corresponde el sarcasmo habitual de los comentarios de Lacan, con el mayor o mejor ajuste con lo que estos autores dicen que Freud decía. Es decir, creo por lo que leo, que hay afirmaciones que los coetáneos de Lacan decían que Freud decía, que Lacan recusaba, pero que sí están en los textos de Freud.

No se trata de criticar a Lacan. No hay duda de que junto a su sarcasmo contra los coetáneos, su "corpus teórico" es tan vasto y complejo que permite ir más allá de Freud, dentro de la teoría del propio Freud.

La intención es más bien:

- Por un lado, abrir un interrogante, sobre la dificultad que supuso para Lacan, en esto igual que le ocurrió a Freud, abrir una nueva brecha, interpretación, camino... generando prácticamente toda una epistemología¹, dentro del psicoanálisis, y los efectos que esto tuvo, hasta llegar a la situación del seminario que estamos viendo este año: Ser excluido, excomulgado,... siendo didacta.

¹ La **epistemología** es la rama de la filosofía que se encarga de estudiar todo lo relacionado con el conocimiento. La **epistemología** nos ayuda a analizar los criterios por los cuales se justifica el conocimiento, además de considerar las circunstancias históricas, psicológicas y sociológicas que llevan a su obtención. Para Platón, la **episteme** es el verdadero conocimiento, que sólo puede serlo de lo inmutable, de la verdadera realidad, de las Ideas, en contraposición a la "doxa", a la "opinión", al conocimiento de la realidad sensible. Para Aristóteles, sin embargo, la **episteme** sería el conocimiento obtenido mediante la demostración.

- Por otro, tratar de entender la sutileza de las diferente lectura que Lacan es capaz de hacer para fundar esa epistemología.

No se trata de hacer un estudio de esa diferencia "Transferencia-repetición, en Lacan respecto de Freud y los post-freudianos", la idea es sencillamente poder hacer una lectura de los dos artículos propuestos (*La dinámica de la Transferencia y Recuerdo, repetición y elaboración*"), para tener algún elemento más de juicio a la hora de entender lo que Lacan propone en este seminario al hablar de la transferencia.

Para ello me parece adecuado volver a revisar el concepto de transferencia en Freud y contextualizar estos dos trabajos en su construcción teórica, sobre una cuestión tan fundamental, compleja y polémica como es la transferencia.

2.- Concepto

Haciendo una lectura un poco académica y buscamos definiciones, las que se propusieron en un principio son además coetáneas a Lacan y la polémica a la que hacíamos referencia.

Recordemos en relación a estas definiciones, que en otro trabajo Lacan se burla del autor de las mismas y también de la obra, así como de la intención de escribir un texto de definiciones. Se trata en concreto de "*Diccionario de Psicoanálisis*" de Laplanche y Pontalis.

Pero académicamente hablando, tiene el valor de que para muchos analistas, estudiantes y personas interesadas en saber algo de la teoría psicoanalítica fue un texto fundamental porque sistematizaba los conceptos teóricos del psicoanálisis.

Posteriormente ha habido otros muchos textos, algunos más completos y exhaustivos, pero en éste encontramos una de las primeras definiciones de la transferencia:

"La transferencia designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual, los deseos inconscientes, se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida en ella, y de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una **repetición** de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. (...)

(...) Casi siempre, lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia, se reconoce clásicamente, como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose esta, por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia".

Señalan más adelante cómo a través de la práctica, en la realidad es difícil definir la transferencia dada la amplitud que ha adquirido, abocada al "conjunto de fenómenos que constituyen la relación del paciente con el analista por lo que comporta el conjunto de concepciones de cada analista" (Laplanche y Pontalis, 1983. p. 439)

Es por tanto, un concepto que ha ido evolucionando y que es de objetivación difícil y que implica también al analista.

Otro texto (diccionario también) de dos autores más actuales y próximos a Lacan, define así la Transferencia: "Termino introducido progresivamente por Sigmund Freud y Sandor Ferenczi (entre 1900 y 1909) para designar un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica en virtud, de la cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores, se **repiten** en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos.

Históricamente, la noción de transferencia adquirió toda su significación con el abandono por el psicoanálisis de la hipnosis, la sugestión y la catarsis" (Roudinesco y Plon, p. 1079).

Revisando la bibliografía para ver este momento de dejar atrás la sugestión, me he encontrado con mi propia repetición, hace tres años preparé un trabajo sobre el mismo tema para este mismo espacio. Debo decir que en este caso, el tema no ha sido una elección, sino una contingencia, pero ahí está uno para aceptarlo o no. No me queda más remedio que confiar en lo que Lacan dice de que no hay repetición, que cuando se trata de repetir una experiencia, ya por

ser la segunda, o tercera, lo que se experimenta ha cambiado, "nunca se baña uno en el mismo agua..." esperemos que así sea.

Es cierto también que los acontecimientos actuales, el resurgir de la inquisición por ejemplo en el tema de restricciones y prohibiciones a los tratamientos que no cumplan con el dogma de "evidencia científica" de la nueva fe del cientifismo, me ha provocado más que cualquier repetición, y desde mi punto de vista sirven de ejemplo muy actual a lo complejo que es aquello que se relaciona con una cura que opera por la transferencia.

Ya hablamos en su día, hace ahora 3 años sobre el tránsito del *magnetismo animal* y *mesmerismo*, a *la hipnosis* y de ahí al *método catártico* y por fin a la *talking cure* o cura por la palabra.

Un eje sobre el que se articula esta evolución es el que va desde la sugestión a la transferencia.

No he encontrado en los autores analíticos coetáneos de Lacan, ninguno que reste importancia al fenómeno de la transferencia en la cura analítica, otra cosa es como se use, como se trate de conceptualizar etc...

Sin embargo es cierto que actualmente, autores llamados psicoanalistas y neo-psicoanalistas tratan de acomodar el psicoanálisis al ámbito de la ciencia, como Fonagy o Batteman. Estos están en una corriente en la que algunos autores restan importancia y dejan en segundo o nulo lugar a la transferencia en la cura.

De ahí, el nexo con lo que decía de la nueva cruzada de la medicina oficial (a la que se sumó Osakidetza la semana pasada) contra la homeopatía y "las pseudo-medicinas sin evidencia científica" que ha tocado también y toca al psicoanálisis.

No tengo conocimientos de medicina como para argumentar sobre este punto, más allá de ejemplo empíricos próximos y propios, o los argumentos de homeópatas que también son médicos, pero el paralelismo con lo acontecido con el psicoanálisis y lo que hay en juego, nos muestra la actualidad del tema que nos traemos entre manos.

Voy a hacer un pequeño *excursus*: hay dos argumentos fundamentales para proscribir estas medicinas, al igual que ocurrió con el psicoanálisis en la S. Social y Osakidetza (Real decreto de 2006¹, y también con la LOPS:

- El intrusismo.

Por decirlo rápidamente, prácticas y practicantes estafadores, charlatanes y *gurús* en el campo de la salud. En su día la práctica de la curación en materia de salud mental podía realizarse sin una titulación que luego se consideró la adecuada (PIR), con lo que cualquiera que hiciera un cursillo o una formación privada podía ponerse a tratar temeraria y peligrosamente a personas que padecían un trastorno mental más o menos grave. Tuvieron que buscar la III vía de una disposición transitoria para ver que hacían con psicólogos, psiquiatras y otros licenciados que habían hecho formaciones, en general largas, y muy serias, en escuelas y asociaciones privadas, y llevaban 30 años trabajando en el campo de la salud mental.

Por comparación, tenemos el lugar del psicoanálisis en España y en Europa, donde la posición de Francia con la respuesta a la ley *Acouayer* tal vez merece ser comentada. No es una cuestión cualquiera dado que toca a lo que tantas veces debatimos del lugar del psicoanálisis hoy en lo social.

- Falta de evidencia científica.

Sólo se admiten tratamientos que cumplan con el rigor de la evidencia científica. En el caso del psicoanálisis y la psicoterapia se fundan en procedimientos que no pueden verificarse y demostrarse por los métodos científicos, fundamentalmente los experimentales. Algunos tratamientos del ámbito psíquico y del comportamiento, parecen adaptarse a la prueba de la evidencia. Aunque cuando uno se acerca un poco, se ve que en cuanto a la metodología de verificación hay serias dudas, y que en muchos casos es como estudiarse las respuestas de un test de inteligencia, para demostrar después

¹ Actualizado en R.D. 1030/2006.B.O.E. 16/09/2006, Anexo III.7 Título: Atención a la salud mental. "Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y en su caso la hospitalización" [...]

que uno es inteligente... es decir ajustar el objeto al método, al estilo del lecho de Procusto.

Desde la posición del inquisidor, el argumento con que se contrarresta, también hoy, el hecho empírico de que mucha gente reconoce que en el caso actual los tratamientos homeopáticos funcionan, les sirven; es que es debido a la **sugestión**. No curan, el paciente es quien cree que le curan, y esta creencia a veces genera la mejora, bien sea sintomática, bien de la enfermedad en cuestión.

Dejando de lado la polémica actual de la medicina, el psicoanálisis perdió hace tiempo esta batalla, éste es el punto que nos interesa, porque es el mismo argumento que se usó con la LOPS en lo que a la psicoterapia y al psicoanálisis se refiere.

En un debate en ETB hace ya algún tiempo, un alto cargo de Osakidetza, refería un estudio habitual que se hace en la institución sanitaria sobre la efectividad de los medicamentos, (por parte de la Agencia Nacional de Medicamentos creo que se llama), reconocía que aplicada la metodología científica de rigor (doble ciego, grupo experimental-control, etc...) en la eficacia de los medicamentos, se podía cuantificar en un 40% el efecto atribuible a variables extrañas como la sugestión, no solo en los placebos, sino en todos los medicamentos.

Entonces, si el poder curativo de un medicamento (alopático en este caso), y hablamos del organismo, no de la psique, es atribuible en un 40% a un factor diferente al principio activo del medicamento, es paradójico y contradictorio que se argumente y valore como "falta de evidencia científica" de un tratamiento cuando se trata del efecto por sugestión.

Otra cosa es que sea un poder curativo no cuantificable, no reductible a sustancias, no medible o controlable por el operador.

Pero paradójicamente también en lo que nos concierne, nos pone ante los ojos la importancia de la sugestión en todo tratamiento psicológico, y también en psicoanálisis.

Y siguiendo con las paradojas, es también paradójico que el psicoanálisis habiendo debatido, estudiado, probado, esté advertido, etc.. y después de

haberse sumergido en el centro de la misma, trate luego de diferenciar la sugestión de la transferencia: motor fundamental de la cura psicoanalítica.

Parece que a la pobre y poderosa sugestión, nadie la quiere; pero que todo el mundo la padece.

Exponer lo que Freud escribió sobre la transferencia puede aclarar el porqué de la posición del psicoanálisis y los psicoanalistas ante la sugestión.

2.- Historia y concepto

El concepto de transferencia a través de la obra de Freud aparece desde el inicio en 1895 hasta casi el final de su obra 1939 y en trabajos que son fundamentales en la construcción de la teoría que sirve a la práctica clínica. En concreto se pueden considerar los fundamentales:

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 29-168

Freud, S. (1910). El porvenir de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 1564-1570

Freud, S. (1912). La dinámica de la transferencia. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 1648-1653

Freud, S. (1914). Recuerdo, Repetición y Elaboración. En *Obras Completas*, pp. 1683-1687. Madrid: Biblioteca Nueva [1972]

Freud, S. (1914) Observaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras Completas*, pp. 1689-1696. Madrid: Biblioteca Nueva [1972]

Freud, S. (1915). Adición metapsicológica a la teoría de los sueños *Obras completas* Vol. 7). Madrid: Biblioteca Nueva [1972].

Freud, S. (1915-17). Introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 2123-2412.

Freud, S. (1922). Psicoanálisis y teoría de la libido (Dos artículos de enciclopedia) *Obras completas* (Vol. VII, pp. 2661-2676). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 3339-3364.

Freud, S. (1939). Moisés y la religión monoteísta. *Obras completas* (Vol. 9, pp. 3243-3324). Madrid: Biblioteca Nueva [1972].

Un índice de la importancia del tema de la transferencia, es que se trata de una cuestión que recorre 40 años de la obra de Freud, siendo tal vez los puntos más importantes de elaboración los dos textos señalados de 1912 y 1914, que ocurren a mitad de recorrido.

Tal y como comentamos también en su día, pueden señalarse cuatro momentos, con los fenómenos clínicos que los causaron. Hago una somera exposición de los puntos previos, a y b, para centrar el comentario a la lectura de los textos que nos corresponden, que corresponden a los tiempos c y d.

a- descubrimiento: "falsas conexiones"

b- generalización: Transferencias y neurosis de transferencia

c- transferencia como resistencia al desarrollo de la cura.

d- transferencia y repetición

a.- En "*Estudios sobre la histeria*" (1895 b), justamente al hablar de la psicoterapia de la histeria (Elizabeth Von R.: primera paciente que Freud trata por completo mediante sugestión en estado de vigilia), todavía no había descubierto Freud el método psicoanalítico sino que practicaba sus prolegómenos, con el método catártico de la "coerción asociativa"¹. En ese tiempo Freud señala como una de las causas de fracaso del tratamiento una falsa conexión que se genera en la mente de la paciente. Esta conexión hace que un deseo prohibido sentido hacia una persona aparezca, con igual intensidad, hacia la persona del médico que realiza la cura. El horror de descubrir este deseo prohibido referido hacia la figura del médico hace fracasar la cura. Es la primera vez que Freud utiliza el término transferir.

Freud explica así lo sucedido:

"Primeramente, había surgido en la conciencia de la enferma el contenido del deseo, sin el recuerdo de los detalles accesorios que podían situarlo en el

¹ Hubo un período de transición donde utilizó la técnica que denominó Coerción Asociativa, que consistía en establecer una presión sugestiva para que el sujeto recordase, pero pronto comenzó con el método de la asociación libre,

pasado, y el deseo así surgido fue enlazado, por asociación forzosa, dominante en la conciencia, con mi persona, de la cual se ocupaba el pensamiento de la enferma en otro sentido completamente distinto. Esta falsa conexión, despertó el mismo afecto, que en su día hizo rechazar a la paciente el deseo ilícito. Una vez conocido este proceso, puede ya el médico atribuir toda referencia a su persona a tal transferencia por falsa conexión. Pero los enfermos sucumben siempre al engaño.

Sólo sabiendo vencer las resistencias emergentes en estos tres casos es posible llevar a término un análisis(...)" (Freud, 1895 c, p. 167).

b.- Generalización.

Diez años más tarde, en 1905 en que las "falsas conexiones" cobran su significación temporal. En el epílogo de "*Análisis fragmentario de una histeria*" (caso Dora), observa que "durante la cura psicoanalítica, la producción de síntomas se interrumpe, pero la neurosis crea un orden especial de productos mentales inconscientes en su mayoría" que los llama TRANSFERENCIAS, y las define como "Toda una serie de sucesos psíquicos anteriores, que cobran vida de nuevo, pero no ya como pasado, sino como relación actual con la persona del médico (...). En algunos casos, estas transferencias, sólo sustituyen a la persona, en otras con más artificio han experimentado una modificación de su contenido, una sublimación y pueden incluso hacerse conscientes, apoyándose en alguna singularidad real, hábilmente aprovechada, de la persona o las circunstancias del médico" (Freud, S.,.1905, p. 998).

Define la transferencia como imprescindible, necesaria e inevitable, siendo utilizada por el paciente para construir todos los obstáculos para hacer inaccesible el material de la cura. Señalando que a diferencia del sueño en que el paciente trae el texto, la transferencia, la tenemos que adivinar a través de pequeños indicios, sin recurrir en arbitrariedades.

"El tratamiento psicoanalítico no crea la transferencia; se limita a descubrirla" y plantea aquí el origen de la transferencia negativa, en cuanto que dice que "el paciente solo produce transferencias afectuosas y

amigables..." (p.999), que no siendo posibles alejan al paciente del médico "no simpático".

Es decir, que en cualquier tipo de tratamiento, y esto por observación es comprobable, se crean relaciones transferenciales de mayor o menor grado, pero la particularidad del método psicoanalítico estriba en que se descubre y se trabaja tanto la positiva, como la negativa, haciéndolas conscientes para los fines del tratamiento, convirtiéndose así en "el más poderoso auxiliar del tratamiento cuando el médico consigue adivinarla y traducírsela al enfermo." (idem p. 999).

Estamos en el tiempo y en la concepción de la cura en la que se trata de poner de manifiesto y hacer consciente el discurso latente, (esos pensamientos inconscientes de los que hemos hablado en otras exposiciones) en el que están las causas y fuerzas que por la exigencia de la conciencia moral, la realidad y su mecanismo la represión, no pueden ser reconocidas y aceptadas y por eso se forman los síntomas que hacen sufrir al analizante. Es el tiempo del conflicto entre instancias (Super-yo, Ello, yo) y estructuras: consciente - preconsciente - inconsciente, con sus respectivas censuras y mecanismos de formación de síntomas.

c.- Ocho años más tarde es cuando elabora una teoría sobre lo que la clínica le había ido mostrando en torno a estas "falsas conexiones" que provocaban situaciones complicadas en el tratamiento, llegando a interrumpirlas y fracasar en el objetivo inicial del mismo. Escribe así en 1912 "La dinámica de la Transferencia".

Nos manifiesta que el objetivo de este artículo es explicar porqué es un fenómeno que surge necesariamente en toda cura y porque cumple la función de resistencia

Podemos sintetizar lo que dice este artículo en los siguientes puntos:

- La transferencia es un fenómeno psíquico y por tanto un efecto de la libido, es decir es de origen sexual, de la misma categoría y "material" que el amor o el odio¹
- La vida erótica adulta viene determinada desde la infancia y es una resultante de la disposición congénita, y experiencias infantiles de la vida. Estos dos elementos "determinan en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica, fijando los fines de la misma, las condiciones que el sujeto habrá de exigir en ella y los instintos que en ella habrá de satisfacer. "Resulta así un **clisé** (o una serie de ellos), **repetido**, o reproducido luego regularmente, a través de toda la vida, en cuanto lo permiten las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos eróticos asequibles, pero susceptibles también de alguna modificación bajo la acción de las impresiones recientes" (p. 1648).
- La vida sexual del adulto es consecuencia del choque entre la demanda pulsional y las prohibiciones de la realidad.
- Este choque provoca una división del destino de las pulsiones sexuales infantiles. Muy pocas de las necesidades sexuales infantiles son satisficibles en la vida adulta, pero todas o casi, dejan su huella y la sexualidad adulta es resultado del apuntalamiento de los restos que estas pulsiones que han ido reprimiéndose a lo largo de la vida. Que se hayan reprimido no quiere decir que hayan desaparecido: "Sólo una parte de estas tendencias que determinan la vida erótica han realizado una evolución psíquica completa. Esta parte vuelta hacia la realidad, se halla a disposición de la personalidad consciente y constituye uno de sus componentes" (p. 1648).
- La parte de la sexualidad que no puede integrarse en las condiciones de la vida adulta, se deriva o bien a las fantasías, o bien que completamente inactiva en lo inconsciente/./otra parte de tales tendencias han quedado detenidas por el veto de la personalidad consciente y la realidad y solo ha podido desplegarse en las fantasías o ha permanecido confinada en lo inconsciente" (p. 1648), con lo que hay

¹ Freud, S. (1914) Observaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras Completas*, pp. 1689-1696. Madrid: Biblioteca Nueva [1972]

una disposición a que surja en la relación con el médico que lo atiende, en tanto es un objeto que se hace repetidamente presente y se ocupándose del sufrimiento del individuo.

Es decir la vida sexual adulta, amorosa incluida, esta determinada por prototipos infantiles (condicionados por las condiciones genéticas y las experiencias tempranas), tanto en la elección de los objetos, como en las formas y condiciones para la satisfacción, lo que Freud llama **clises que se repiten**. La transferencia en tanto fenómeno libidinal y amoroso, está también determinado por estas condiciones.

Es lo que la clínica hasta la fecha le ha venido poniendo en evidencia.

Pero Freud se pregunta porqué unos afectos y pulsiones amistosos, o como se dice ahora "positivos" que debieran de ayudar, como ocurre con frecuencia, a sobrellevar las exigencias de la cura, generan una situación contraria a la prosecución de la cura y formula dos preguntas.

1.- Constata primero que la transferencia en los sujetos en análisis se manifiesta más intensa que la de personas que no están en análisis.

Pregunta que Freud despeja rápidamente haciendo referencia a los sanatorios en que se da también esta transferencia. Lo que ocurre es que no se la tiene en cuenta, no se considera. Lo cual lleva a veces a situaciones de sumisión vejatoria por parte del enfermo respecto del médico o personal del centro. Es por tanto efecto de la neurosis, no del psicoanálisis.

2.- En segundo lugar ocurre la paradoja de que la transferencia se convierte en la más fuerte resistencia al avance de la cura analítica, cuando supuestamente debiera ser al revés. Lo cual se constata en toda cura en que hay un momento en que la regla fundamental de asociar libremente se interrumpe, el paciente se lamenta de que no tiene qué más decir. En realidad se interrumpe porque surge, o teme que surja, alguna idea referida al analista. Aclarado esto, o bien vuelven a establecerse las asociaciones, o el silenciamiento es consciente y voluntario.

Es decir es el mismo esquema de la "falsa conexión" como con Elisabeth Von R. Pero sin escaparse corriendo.

Lo que explica este hecho es la característica de la naturaleza libidinal de la transferencia: lo que ha generado la enfermedad es justamente la introversión de la libido, quedando gran parte de esta reprimida o desviada a las fantasías y muy poca dedicada a la vida de la realidad.

Como hemos dicho antes es la causa de la formación de síntomas.

En la indagación analítica de los síntomas, siempre se aproximará el recorrido a la libido reprimida que los causó.

Pero tanto los síntomas como esta libido reprimida sigue en conflicto con las fuerzas que la reprimieron. Es decir sigue habiendo una tensión entre la pulsión y su represión. La libido adaptada a la realidad siempre se verá atraída por los contenidos inconscientes de la libido reprimida. Y en la indagación analítica, acercarse a esa tensión reaviva las fuerzas que la mantienen reprimida. Es decir las resistencias no ceden y la única manera, para el individuo de que sigan aflorando ideas y vivencias es mediante una transacción con aquellas.

Freud, no lo dice aquí, pero se supone que si no fuera así la intensidad de la angustia y la culpa por la manifestación de los contenidos inconscientes sería tal que el paciente no podría tolerarlo. Sin embargo si aparecen articuladas con las resistencias (deformadas, desplazadas, etc...) son más aceptables y por tanto manifestables.

Hay un símil con la confesión o con un juicio, el acusado no puede poner de manifiesto en crudo su falta, pero puede deformarla, quitarle valor..."- En realidad es una indemnización en diferido..."

Si se ha producido la detención de ideas porque podemos suponer que ahora se han referido al médico, es que la resistencia ya ha actuado y ha constituido la transferencia: se ha asociado, transferido, al médico el contenido prohibido o reprimido y así no se puede hablar de ello. La resistencia queda satisfecha porque esto promete que lo que está reprimido, se mantendrá reprimido.

A la inversa, si ha llegado a la conciencia es porque ha satisfecho las condiciones de la resistencias (p. 1650-1651).

Esto se reproduce innumerables veces en una cura, a lo largo del tratamiento y en principio no supone mayor problema, porque una vez

aclarada la dificultad de seguir con el trabajo asociativo, el resto de contenidos patógenos inconscientes van aflorando sin dificultad.

Es el caso genérico en que este mecanismo se explica y resuelve con relativa facilidad.

Pero a veces no es así y la transferencia se convierte en la forma más intensa de resistencia, que no es tan fácil de aclarar y deshacer:

- Porque si aceptada la regla fundamentales es más difícil confesar fantasías deseos y sentimientos a la persona respecto a la que se sienten, y así si se transfieren al médico, es más difícil seguir la regla y por tanto el tratamiento, dependerá también de la intensidad de los afectos y pulsiones en juego (como había señalado al principio en relación a la vida pulsional infantil: están las que se pueden aceptar y las inaceptables.

- Con este tipo de contenidos inconscientes, que por su intensidad se han ido reprimiendo con fuerza a lo largo de la vida, cuando surgen en la transferencia con el médico, al no ser satisfechas, si es que lo que prevalece es el interés en la consecución de la cura¹, generan frustración, y una situación que puede ser vivida como vejatoria etc.. que a fin de cuentas generan el odio.

De todo ello Freud concluye que el paciente produce solo transferencia positivas, que al frustrarse se vuelven negativas.

Habría por tanto, tres tipos de transferencia (si es que puede clasificarse en grupos algo que es absolutamente singular):

1.- Por un lado la transferencia positiva aceptable a la personalidad del paciente, que si bien es de origen sexual, al ser coartada en su fin, como en toda relación de confianza al igual que otros afectos, es aceptable a la personalidad del paciente y no obstruye el tratamiento, sino que lo favorece.

2.- Cuando esa transferencia positiva adecuada va enlazándose o permite que vayan surgiendo contenidos inconscientes reprimidos, más comprometidos por tanto, se dirigen al médico, y al ser más prohibidos (por su forma, intensidad, violencia, inadecuación...etc) y esto hace que se dificulte el progreso de la cura, porque: o no se puede hablar de ellos, o son demandas

¹ Ver Freud, S. (1914) Observaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras Completas*, pp. 1689-1696. Madrid: Biblioteca Nueva [1972]

que no pueden ser satisfechas, salvo al precio de romper el proceso de la cura etc...

3.- Y esta complicación de frustración, repulsión, odio etc... provoca la transferencia negativa., que puede también poner en compromiso la cura, si el paciente decide abandonar el tratamiento por sentimientos de afrenta o venganza, como lo explica en el trabajo citado de 1914.

Recordemos en este punto, la razón por la que Freud escribió *Análisis terminable-interminable* : la demanda de Ferenczi de que volviera a analizarle, porque no había sido suficientemente analizada la transferencia negativa, que en el viaje a Siracusa surgía precisamente en forma de reproches y demandas de Ferenczi a Freud.

Estos tres puntos acotan, a mi parecer el modo de operar con la transferencia, cualquiera que sea esta en la cura:

- Si un paciente acude y está un breve tiempo inicial, es porque se ha instalado la transferencia positiva inicial de confianza.

- Una vez hecha la oferta de regla fundamental, se supone que el analista tiene suficiente ética y capacidad como para no escandalizarse, ni enredarse con todo lo que vaya surgiendo, aunque vaya dirigido a su persona. Al igual que no tiene sentido ninguna censura ni juicio sobre lo que surja, lo que queda garantizado por la neutralidad del analista.

- Pero que sea el marco apropiado para "decir todo lo que se le ocurra sin poner, censuras ni filtros...) no quiere decir que se incite ningún tipo de contenido como recuerda Freud en *Análisis terminable...* es la posición de sentarse en el cráter del volcán que recuerda Lacan, esperando a ver qué surge... por tanto, no es sugestión

En lo que es la cura, a diferencia del código deontológico del psicólogo, tanto interés tiene los contenidos inocuos, banales, eróticos o tanáticos, pero hay ciertas situaciones particulares en torno a estos últimos. Freud diferencia el odio que la neurosis produce, del odio por ejemplo del paranoico, cuyo manejo puede ser particularmente complejo. Hace bien poco, un colega francés de

todos conocido sufrió un ataque con varios navajazos por parte de un expaciente paranoico...

En cualquier caso es en una cura estructurada lo más adecuadamente posible y que al menos entienda la transferencia, donde es posible tratar, es decir entender, asimilar, hacer con... los contenidos, actitudes, síntomas... que hacen más difícil la vida a cualquier persona que quiera saber algo de lo que le pasa.

Por eso termina Freud este artículo con la siguiente frase: " Esta lucha entre el medico y el paciente, entre el intelecto y el instinto, entre el conocimiento y la acción, se desarrolla casi por entero en el terreno de los fenómenos de transferencia /.../ es innegable que el vencimiento de los fenómenos de la transferencia ofrece al psicoanalítico máxima dificultad; pero no debe olvidarse que precisamente estos fenómenos pos presentan el inestimable servicio de hacer actuales y manifiestos los impulsos eróticos ocultos y olvidados de los enfermos, pues, en fin de cuentas nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*" (p.1653)

Conclusión

De momento creo que hemos visto la trascendencia de entender la transferencia, sobre todo para el analista, para que una cura analítica pueda tener posibilidades de desarrollarse e incluso llegar a su fin.

Aunque pocas veces utilizada la palabra repetición (hasta ahora) la idea y el concepto están en todo el desarrollo.

Esta repetición en la persona del analista de las pulsiones dirigidas a objetos fundamentales de la infancia del analizante, que se han ido repitiendo a lo largo de la vida en otras relaciones, puesto que suponen un patrón de funcionamiento.

Aunque puede suponer una dificultad, es el instrumento más valioso para poder llevar luz a los confines más oscuros de la mente del analizante.

Pero aunque el desarrollo de una cura y tanto la concepción como el desarrollo de la transferencia han variado desde 1912 hasta hoy día, el esquema fundamental puede decirse que se mantiene.

Desde Lacan, si bien los fenómenos y manifestaciones de la transferencia siguen entendiéndose dentro del contexto de la vida sexual, la transferencia adquiere otro matiz al entenderse como efecto del SsS. Por resumirlo en una frase de C. Soler, lo que genera el amor de transferencia, es el amor al saber. Entendido "saber" no como conocimiento, sino un saber atribuido al analista, cuando uno tiene la experiencia de la falta en ser propia.

Y por otro lado cuando Lacan afirma "la resistencia, es la resistencia del analista", da un nuevo giro al manejo de la transferencia...

Trataremos de ver en el próximo trabajo, *Recuerdo repetición y elaboración* como se articula la repetición y la transferencia

Clase 2

19-12-2018

Recuerdo, Repetición y elaboración

1914 (Vol V, pp.1683-1688)

En este trabajo, y precisamente articulado con la idea de la repetición como explicación de algunos fenómenos clínicos que se producen en el tratamiento, Freud incluye una visión que para algunos, (A. Green, Etchegoyen..) supuso un impasse teórico.

El impasse que se planteaba, en resumen es que si Freud introduce el concepto de repetición en relación a la transferencia, provoca una contradicción. Si la transferencia es un fenómeno cuya raíz parte de Eros, y la repetición en cambio, (aunque lo desarrolle en 1920 en *Más allá del principio del placer*) está vinculada al Thanatos, como es posible que una fuerza que tiende a la unión esté fundamentada en otra fuerza que tiende a destruir los vínculos. Es decir la repetición en la transferencia estaría al servicio de la pulsión de muerte.

Lacan también avanza más allá del impasse, en el mismo sentido en la explicación del título del Seminario 18 *De un discurso que no fuera del semblante* cuando afirma comentando *Más allá del principio del placer* de Freud, "...el terreno está preparado por un paso singular, aunque tímido, que es el que dio en *Más allá...* En este no puedo más que indicar el nudo que forman en este enunciado la repetición y el goce. En función de esto la repetición va contra del principio del placer, el cual a mi entender, no se re-establece. A la luz de la experiencia analítica, el hedonismo solo puede retornar a lo que es, a saber un mito filosófico" (S. 18, p. 19).

Tal vez esto es lo que está en la raíz de la distinción de Lacan entre Transferencia y repetición.

Por otro lado comentando también *Más allá...* Colette Soler hace una descripción que creo da el tono a lo que es la repetición: "Después, 1920, es la puesta a punto de su concepto de la repetición, con el descubrimiento de esta

diabólica atadura de los sujetos a las más dolorosas experiencias del encuentro fallido, dicho de otra manera al goce. Su tesis sobre el principio del placer es refutada, y debe concluir en otra fuerza que nombra, impropriamente según Lacan, pulsión de muerte, y que Lacan rebautiza con el término de goce, una fuerza que va contra las cohesiones, que ataca el cemento social. C. Soler *Hacia la identidad*. p.166.

Retomando la pregunta inicial de esta exposición: porqué dice Lacan" el concepto de repetición nada tiene que ver con el de transferencia" comentemos el trabajo de *Recuerdo, repetición y elaboración*, que gira sobre todo en torno a la repetición y la transferencia, pero a partir de observaciones de la clínica, como es habitual en Freud.

Al principio del artículo nos hace un recorrido de la evolución que ha tenido la técnica psicoanalítica, pero siempre sobre un eje, que es el que veíamos en el artículo de la *Dinámica de la transferencia*, y nos sirve de repaso:

1.-la patología y los síntomas surgen porque una serie de pulsiones infantiles, sexuales, no son admisibles en la edad adulta y se han reprimido por la censura, quedando en el inconsciente.

2.- No por ello dejan de existir o pierden su fuerza.

3.-Esa represión de las pulsiones genera los síntomas y de un modo u otro también la transferencia.

4.- El método de curación consiste en hacer aflorar los recuerdos patógenos (aquellos que causan los síntomas) haciéndolos conscientes.

a.- Para ello, al principio se usaba la hipnosis y así el paciente llegaba al recuerdo patógeno, lo que provocaba la catarsis y se liberaba del síntoma.

b.- Posteriormente el método derivó en el análisis de las resistencias. Estas se oponía a la labor analítica sin que el paciente supiera porqué. Mostrándole su resistencia, el paciente hecha ésta consciente y aceptada, podía seguir asociando.

c. Con este método surgía una forma particular de resistencia: la transferencia, que era una manera de actualizar en la figura del analista

afectos y pulsiones que tenían su causa en objetos sexuales de la infancia y que habían quedado reprimidas.

Aquí señala Freud la deuda con el método hipnótico: "Debemos conservar agradecimiento a la antigua técnica [hipnosis] por habernos presentado aislados y esquematizados los distintos procedimientos psíquicos del análisis. Sólo así hemos podido arriesgarnos luego a crear situaciones complicadas en el análisis, sin que el mismo perdiera para nosotros su transparencia".

Es decir, traer a la conciencia los recuerdos reprimidos patógenos, con la catarsis de los afectos reprimidos, es el eje de la operativa de la cura.

Freud plantea la enfermedad y la cura como una dialéctica entre opuestos:
en la hipnosis lo reprimido y la conciencia;
en la libre asociación olvido-recuerdo

En esta última dialéctica hay una forma especial de olvidar que es aparentar recordar: los recuerdos encubridores, una manera de olvidar lo que realmente importa y que pasó, y recordar algo inofensivo o incluso fabulado.

Pero sigue en la misma dinámica: algo se vivió, fue consciente pero se reprimió, ahí sirve la hipnosis; o se olvidó, ahí sirve el método de la abreacción y también la asociación libre.

Coincide que en ese tiempo el análisis es aplicado sobre todo en los fenómenos histéricos que permiten indagar en los mecanismos psíquicos de la histeria, en general de la neurosis y también en el funcionamiento mental general. Preconsciente, inconsciente, represión, lapsus, sueños etc...

Lo que aporta en este artículo es otro tipo de fenómenos clínicos más allá de lo reprimido o de lo olvidado. Se refiere a los casos en que se ha vivido algo pero no ha quedado registrado: "/.../resulta imposible despertar el recuerdo de una clase especial de sucesos muy importantes correspondientes a épocas muy tempranas de la infancia y vividos entonces sin comprenderlos, pero perfectamente interpretados y comprendidos luego en el sujeto" (p. 1684)

Son un tipo especial de fenómenos ahora descubiertos, que dificultan el abordaje con lo que se había ido construyendo de la técnica hasta la época. "el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de

nuevo. No lo reproduce como recuerdo sino como acto: lo repite sin saber, naturalmente que lo repite" (p. 1684)

Son ejemplos de esta repetición:

- el paciente no cuenta por no recordarla, pero porque no quedó registrada, la rebeldía hacia la autoridad de los padres, pero vive con rebeldía la relación con el médico.
- No recuerda el fracaso de su curiosidad sexual infantil, pero se lamenta de sus fracasos en todo lo que emprende
- No recuerda haber sentido vergüenza respecto de su sexualidad en la época infantil, pero ahora siente vergüenza de acudir al análisis y mostrarse

Se propone estudiar el nexo entre repetición - resistencia y transferencia.

- Una primera la repetición con la resistencia, al señalar la dificultad que surge en un paciente que teniendo muchas experiencias sufridas y síntomas, que necesitaría contar, sin embargo a la hora de plantearle la regla fundamentalmente "diga usted todo lo que acude a su mente..." se queda en blanco y no puede hablar. Freud entiende que ponerse a la tarea de asociar libremente, es una forma de repetición de una actitud homosexual que hace de resistencia. Es vivido como someterse a la norma del médico y esto tiene la connotación de sumisión a la voluntad del médico y a su supuesto deseo respecto del paciente, por lo que no puede decir nada.

Se supone que es una repetición de otras experiencias en las que la resistencia a fantasías y deseos homosexuales vividos en la biografía es actuada con el médico.

Esto mismo es lo que postula en *Análisis terminable e interminable*, donde la posición pasiva "feminizante" para un paciente varón con respecto de un analista varón es la forma que adopta la "roca de la castración".

La tendencia a este tipo de repeticiones o "compulsión de repetir", acompañan todo el tiempo del tratamiento. Es una repetición obsesiva.

De hecho si la represión por el olvido o los recuerdos encubridores y la transferencia es más propia de la histeria, la repetición obsesiva sería el mecanismo privilegiado en la neurosis obsesiva.

No por nada Freud plantea la histeria como más propia de lo femenino y la neurosis obsesiva como más propio de lo masculino, si bien no es un estándar.

- Y en relación a como se articula repetición, resistencia y transferencia señala:

“Como es natural, nos interesará, en primer término, la relación de esta repetición obsesiva con la transferencia y la resistencia. No tardamos en advertir que la transferencia no es por si misma más que una repetición y la repetición la transferencia del pretérito olvidado, pero no solo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente. Tendremos pues que estar preparados a que el analizado se abandone a la obsesión repetidora que sustituye en él, el impulso a recordar, no sólo en lo que afecta en su relación con el médico sino también en todas las demás actividades y relaciones simultáneas de su vida” p. 1685.

Es aquí donde el comentario de Lacan resulta chocante, por lo que dice Freud de que “la transferencia no es por sí misma más que una repetición y la repetición la transferencia del pretérito olvidado” (p. 1685)

- Además repetición- transferencia y resistencia se relacionan también por la intensidad del afecto en juego. Cuanto más cargado de afecto esté el contenido reprimido, más intensa será la resistencia que aparezca en forma de repetición. Y a la inversa, cuanto más intensa sea la compulsión a repetir, mayor es la resistencia y más intensa la pulsión libidinal de la que se defiende.

“Cuando la cura comienza bajo el patrocinio de una transferencia positiva no muy acentuada, nos permite penetrar al principio, profundamente, en los recuerdos, como antes la hipnosis, y hasta los mismos síntomas patológicos permanecen acallados acallados mientras tanto. Pero cuando en el curso ulterior del análisis se hace hostil o muy intensa esta transferencia, el recuerdo

queda sustituido en el acto por la repetición y a partir de este momento, las resistencias van marcando la sucesión de las repeticiones" (p.1685).

Pero se plantea otra cuestión, cuando repite en vez de recordar ¿Qué es lo que se repite?

Respuesta: "todo lo que se ha incorporado ya a su ser partiendo de las fuentes de lo reprimido: sus inhibiciones, sus tendencias inutilizadas y sus rasgos de carácter patológico" (ídem)

Es decir, se completa la teoría. Ahora se puede ver cómo la enfermedad no es solo cosa del pasado sino como "potencia actual" y abarca toda la personalidad del paciente, todo su ser.

Y ahí se entiende como la transferencia adquiere toda su potencia: "poco a poco vamos atrayendo hacia nosotros todos los elementos de la enfermedad" lo que permite referirlos al pasado", a la biografía.

La consecuencia de este postulado muestra unas características y consecuencias que Freud las menciona de pasada pero que son fundamentales, algunas de las cuales ahora con Lacan se denomina de otro modo.

a.- Por un lado un fenómeno clínico: si la experiencia patógena no olvidada sino actuada, se reactiva en la transferencia, implica que el paciente vive en la actualidad, sin saberlo, lo que de su pasado causaba el enfermar. Esto explica lo que se observa con frecuencia en una cura: un agravamiento de los síntomas en algún momento de la cura, de forma inevitable, pero sí necesaria y aprovechable justamente para la curación: "La evocación de recuerdos durante la hipnosis tenía que producir una impresión de un experimento de laboratorio. **La repetición** en el tratamiento analítico, según la nueva técnica, supone evocar un trozo de vida real, y por tanto no puede ser inocua en todos los casos, pero tiene el inestimable valor de actualizar en la transferencia el conflicto o el complejo en vivo y en directo, y con otras palabras vuelve a decir: "no es posible vencer a un enemigo que se mantiene ausente o no está suficientemente cerca" (p.1686)= "*nadie puede ser vencido in absentia o in effigie*" que decía en *La dinámica de la transferencia*.

Sin embargo, a este punto viene a enlazarse todo el problema de la "agravación durante la cura", inevitable a veces" (p.1686). Esto tiene una consecuencia más del orden de la ética para el analista, y que da muestras de la trascendencia que la cura puede tener en cualquier analizante.

Así, volver a revivir como actuales y con intensidad modos de funcionamiento mental y no sólo en el dispositivo de la cura con el analista, sino en la vida real en el tiempo actual, puede provocar que ciertas decisiones vitales, estén bajo esta influencia y puedan ser nocivas para el paciente. Freud por eso señala que conviene advertir al paciente de no tomar, mientras está en tratamiento, decisiones trascendentales.

Aquí hay que hacer una puntualización, en esa época los tratamientos duraban pocos meses o algún año, lo que no es el caso actual. Si se aconsejara en este sentido hoy en día, el paciente no tendría tiempo de vivir su vida, lo cual es una muestra de cómo ha ido evolucionando la concepción y la práctica de la cura, y en cierta medida creo que es un argumento para una progresión de la teoría, a veces por caminos absolutamente incomprensibles en su tiempo, pero no más adelante.

b.- A diferencia de la hipnosis, la iniciación del tratamiento en esta manera de llevarlo a cabo, trae una modificación de la actitud del sujeto en cuanto a su patología. Aún cuando bajo efecto de la resistencia el paciente no sabe del porqué de sus síntomas, el "sujeto ha de tener el valor de ocupar su atención a fenómenos de su enfermedad, a la cual no debe ya despreciar, sino considerar como un adversario digno, como una parte de su propio ser, fundada en motivos importantes y de la cual podrá extraer valiosas enseñanzas para su vida ulterior" (p.1868). Freud, apela a una tolerancia que puede ayudar al sujeto a aceptar esos agravamientos temporales como efecto de entrar en la cura.

Esto es muy próximo a lo que con Lacan llamamos el paso de la queja a la demanda, y de la reivindicación al deseo de saber. También se puede entender como un momento de división subjetiva: "Qué hago yo, qué tengo que ver yo con esto que me pasa y de lo que me estoy quejando" . Es este uno de los indicadores del franqueamiento de lo terapéutico y uno de los componentes,

no el único, del inicio de un análisis, en tanto supone un deseo o necesidad de saber sobre su implicación en lo que le pasa.

c.- El riesgo de los "actings" "los actos que el paciente ejecuta fuera del campo de la acción de la transferencia pueden acarrearle daños pasajeros e incluso ser elegidos de manera que anulen por completo el valor de la salud que el tratamiento tiende a restablecer" (p. 1686). El otro problema que plantean los actings es que incluso con la nueva técnica, no se puede lograr directamente traer el origen patógeno de estos modos de actuar precisamente porque se repiten en acto, en vez de ser recordados.

¿Cómo abordarlos?, el consejo de Freud es "mantener en una continua lucha por mantener en el terreno psíquico todos los impulsos que aquél quisiera derivar hacia la motilidad y es un gran triunfo de la cura conseguir derivar por el recuerdo algo que el sujeto tendía a derivar por medio del acto" (p. 1686-7), y es habilidad del profesional moverse entre la tolerancia y respeto necesarios, y la advertencia ante las consecuencias del posible *acting*.

Creo que con esto se puede enlazar lo que Lacan desarrolla con profusión desde el Seminario I: la importancia de lo simbólico, la transferencia simbólica, la importancia de la palabra, en definitiva del "decir" que es lo único que puede llevar al terreno psíquico (simbólico) los actos, comportamientos, hábitos etc.. y sobre todo las repeticiones empujadas por el goce, "lo real que se atraviesa".

De todos modos lo que interesa creo, es captar la idea de la dimensión trascendental que adquiere la transferencia en la cura. A esto apunta lo que señala "la mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en un motivo de recordar la tenemos en el manejo de la transferencia. Reconociendo sus derechos y dejándola actuar libremente en un sector determinado conseguimos hacerla inofensiva y hasta útil. Le abandonamos, pues, la transferencia como un campo en el que puede desarrollarse con libertad casi completa y en el que cumplirá la función de hacer surgir ante nuestros ojos todos los instintos patógenos ocultos en la vida anímica del analizado" (p.1687)

Este campo, permite entonces reproducir los conflictos y síntomas, pero en relación a la figura del analista, con lo que se genera una "neurosis de transferencia". Freud propone que el análisis con el desarrollo de este campo de la transferencia permite la "curación" en dicha neurosis y por tanto también la de la vida exterior del paciente. Permite lo que otros escuelas llaman "la experiencia correctora".

Pero tanto lo desarrollado respecto del recuerdo y de la repetición en acto, queda como elemento fundamental: la elaboración.

No basta con revelar las resistencias al analizante (hoy día podríamos decir que no sirve para nada). Él se tiene que hacer cargo de ellas, experimentarlas, desvelarlas para poder "elaborarla y dominarla, continuando, a su pesar, el tratamiento conforme a la regla analítica fundamental /.../En la práctica esta elaboración de las resistencias puede constituir una penosa labor para el analizado y una dura prueba para la paciencia del médico. Pero también constituye parte de la labor que ejerce sobre el paciente mayor acción modificadora y la que diferencia al tratamiento analítico de todo influjo por sugestión".

Creo que aquí se ajusta bien el término de "analizante" en tanto pone del lado del paciente el trabajo de "elaboración".

También lo podemos aproximar al:

- instante de ver: darse cuenta de las resistencias (aunque no solo estas)
- tiempo de comprender: la elaboración
- momento de concluir.....

Por último, enlazando el comentario de Lacan en el S.18 y para volver a la pregunta inicial, a lo que Lacan apunta más allá de lo que dice Freud es a darle otro estatuto a lo real, al más allá del principio del placer y a partir de ahí entender la repetición como un retorno de lo real, que también se da en la transferencia, pero con un peso muy diferente. Si, como propone Lacan, en el análisis se trata ahora de ver como se presenta lo real a cada sujeto para

poder en todo caso ver cómo puede cada cual hacer con su real, va más lejos que la rememoración, más lejos que hacer consciente lo inconsciente y equiparar repetición y transferencia, aunque Freud así lo enuncie, puede acabar velando con el eros, lo que de tantos hay en la vida de cada sujeto: "La repetición, entonces, no ha de confundirse con el retorno de los signos, ni tampoco con la reproducción o la modulación por la conducta de una de una especie de rememoración actuada. La repetición es algo cuya verdadera naturaleza está siempre velada en el análisis debido a la identificación, en la conceptualización de los analistas, de la repetición y la transferencia" p. 62

Mikel

Hondarribia 19-12-2018