

Trabajos sobre técnica
psicoanalítica
(1911-1915 [1914])

Introducción

En su contribución a *Estudios sobre la histeria* (1895d), Freud hizo una circunstanciada descripción del procedimiento psicoterapéutico que había desarrollado a partir de los descubrimientos de Breuer. Ese procedimiento, al que cabría denominar «técnica de la presión sobre la frente», incluía aún considerables elementos de sugestión, si bien avanzaba rápidamente hacia lo que el pronto habría de llamar «método psicoanalítico». Si se examina la lista de los escritos de Freud sobre técnica que incluimos *infra*, págs. 175-6, podrá comprobarse que, prescindiendo de dos trabajos muy esquemáticos de los años 1903 y 1904, durante más de quince años no dio a publicidad ninguna descripción general de su técnica. Lo poco que conocemos del método por el empleado en ese período hay que inferirlo principalmente de consideraciones suyas incidentales —p. ej., en *La interpretación de los sueños* (1900a)— y, en especial, de lo que se revela en sus tres grandes historias clínicas de esa época: el de «Dora» (1905e), el del pequeño Hans (1909b) y el del «Hombre de las Ratas» (1909d). (Digamos de paso que los dos últimos se sitúan casi al final de este período de relativo silencio.)

Nos informa el doctor Ernest Jones (1955, págs. 258 y sigs.) que ya en 1908 Freud acariciaba la idea de escribir una *Allgemeine Technik der Psychoanalyse* {Exposición general de la técnica del psicoanálisis}, de alrededor de cincuenta páginas, treinta y seis de las cuales habían sido escritas a fines de ese año. Pero en ese momento se produjo una interrupción, y resolvió postergar su completamiento hasta las vacaciones veraniegas de 1909. Ahora bien: cuando llegaron estas, tuvo que terminar el trabajo acerca del «Hombre de las Ratas» y preparar su visita a Estados Unidos, con lo cual la obra sobre técnica fue dejada a un lado una vez más. No obstante, ese mismo verano dijo a Jones que proyectaba «un pequeño memorándum de preceptos y reglas de técnica» para distribuirlo privadamente sólo entre sus partidarios más cercanos. A partir de allí, nada más se volvió a saber del tema hasta fines de marzo del año siguiente,

cuando leyó en el Congreso de Nuremberg «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica» (1910*d*). En este trabajo tocó cuestiones de técnica y anunció que dedicaría «próximamente» sus empeños a una *Allgemeine Methodik der Psychoanalyse* {Metodología general del psicoanálisis} —presumiblemente una obra sistemática— (cf. *AB*, **II**, pág. 134). Pero, otra vez, si se exceptúa el comentario crítico de unos meses más tarde sobre el psicoanálisis «silvestre» (1910*k*), hubo una demora de más de dieciocho meses, y no fue sino a fines de 1911 cuando inició la publicación de los seis artículos que a continuación presentamos.

Los cuatro primeros se sucedieron con poco intervalo en los quince meses siguientes (diciembre de 1911 a marzo de 1913). Sobrevino otra pausa, y los últimos dos aparecieron en noviembre de 1914 y enero de 1915, aunque en realidad estaban concluidos a fines de julio de 1914 (poco antes del estallido de la Primera Guerra Mundial). Si bien su redacción abarcó aproximadamente dos años y medio, Freud parece haber estimado que constituían una serie, como se aprecia por la nota al pie inicial del cuarto de ellos (pág. 125) y el hecho de que los cuatro últimos tuvieran en su origen un título común; además, en 1918 los reimprimó juntos, con el título «Zur Technik der Psychoanalyse», en su cuarto tomo de artículos breves, *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (Viena, 5 vols., 1906-22). Por ello, en este caso hemos creído conveniente soslayar la cronología e incluir en el presente volumen la serie íntegra de esos seis trabajos.

Estos abarcan gran número de temas importantes, pero difícilmente pueda considerarse que conforman una exposición sistemática de la técnica psicoanalítica. Representan, no obstante, la mayor de las aproximaciones de Freud a una exposición de esa índole, ya que en los veinte años que siguieron a su publicación apenas hizo un par de contribuciones más explícitas en tal sentido: ellas son su examen de los métodos «activos» de tratamiento, en el trabajo que presentó en el Congreso de Budapest (1919*a*), y una sucinta reunión de consejos prácticos sobre la interpretación de los sueños (1923*c*). Aparte de ello, tenemos que remitirnos fundamentalmente, como antes, al material que aparece de manera ocasional en sus historiales clínicos, en particular en el análisis del «Hombre de los Lobos» (1918*b* [1914]), que fue más o menos contemporáneo de estos artículos. Cabe agregar, por supuesto, la extensa enunciación de los principios básicos de la terapia psicoanalítica en la 27ª y la 28ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-

17) —aunque tal vez no corresponda ver en estas un aporte directo a cuestiones técnicas—. En verdad, sólo al final de su vida, en 1937, retornó Freud a esta temática en dos importantes artículos de naturaleza expresamente técnica: «Análisis terminable e interminable» (1937c) y «Construcciones en el análisis» (1937d).

La comparativa exigüidad de los escritos de Freud sobre técnica, así como sus vacilaciones y demoras en torno de los que produjo, sugieren que existía en él cierta renuencia a dar a publicidad esta clase de material. Y realmente parece haber ocurrido así, por varias razones. Sin duda le disgustaba la idea de que los futuros pacientes conocieran demasiado acerca de los detalles de su técnica, y sabía muy bien que ellos leerían con avidez todo cuanto escribiese al respecto. (Como ejemplo de esta renuencia tenemos su ya mencionada propuesta de restringir la circulación de un trabajo sobre técnica a una cantidad limitada de analistas.)¹ Pero, además, era muy escéptico en cuanto al valor que pudiera tener para los principiantes lo que cabría titular «elementos auxiliares para jóvenes analistas». Sólo en el tercero y el cuarto artículos de la serie se encuentra algo que trasluzca esto; en parte porque, como nos dice en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, pág. 125, «la extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes» (incluida la personalidad del analista) se opone a la fijación mecánica de una regla. Tales reglas sólo tendrían valor si se comprendieran y asimilaban en forma apropiada sus fundamentos; y de hecho una gran proporción de estos artículos está destinada a exponer el mecanismo de la terapia psicoanalítica y, ciertamente, de la psicoterapia en general. Una vez aprehendido ese mecanismo, es posible entender las reacciones del paciente (y del analista) y formarse un juicio acerca de los probables efectos y méritos de cualquier procedimiento técnico.

Empero, como trasfondo de todas sus puntualizaciones sobre la técnica, Freud nunca dejó de insistir en que su apropiado dominio sólo podía adquirirse a partir de la experiencia clínica, y no de los libros; la experiencia clínica con los pacientes, sin duda, pero ante todo la que el analista obtiene de su propio análisis. Freud pensaba, cada vez con mayor convencimiento, que esa era la necesidad primordial de todo analista en ejercicio. Ya había lanzado esta idea, algo tentativamente en un principio, en «Las perspectivas futuras de

¹ Otro ejemplo podría ser la ausencia en sus escritos de un examen cabal de la «contratrasferencia» (cf. *infra*, pág. 164. n. 2).

la terapia psicoanalítica» (1910*d*), *AE*, 11, pág. 136; la expresa de manera más definida en un artículo de esta serie (*infra*, págs. 115-6), y en «Análisis terminable e interminable» (1937*c*) declara que todo analista debería retomar su propio análisis periódicamente, quizá cada cinco años. Resulta evidente que los trabajos sobre técnica que aquí siguen deben leerse teniendo siempre en vista esta condición que los rige.

Por último, cabe señalar que en la presente serie Freud no hace referencia al problema de que la posesión de un diploma médico sea un atributo no menos indispensable de todo analista. Aquí parece dar por sentado que el analista será médico, y la mayor parte de las veces se dirige a él como tal: abunda en estos escritos la palabra «*Arzt*» {«médico»}. Freud abordó por primera vez la posibilidad de que surgieran psicoanalistas no médicos en su introducción a un libro de Pfister, contemporánea del último de estos trabajos y que se incluye en el presente volumen (cf. pág. 352). Su discusión de este tópico fue muy posterior, en su folleto *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* (1926*e*)² y el «Epílogo» a este (1927*a*). Cabe conjeturar que si hubiese escrito los actuales trabajos en un momento posterior de su carrera, la palabra «*Arzt*» no habría figurado en ellos con la misma frecuencia. En verdad, en sus dos trabajos más tardíos sobre técnica (1937*c* y 1937*d*) no aparece en absoluto: su lugar es ocupado dondequiera por «*Analytiker*» {«analista»}.

James Strachey

² Digamos al pasar que el capítulo V de esa obra contiene buen número de trozos tomados, a veces casi palabra por palabra, de la presente serie de artículos.

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

Nota introductoria

«Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse»

Ediciones en alemán

- 1911 *Zbl. Psychoanal.*, 2, n.º 3, págs. 109-13.
- 1918 *SKSN*, 4, págs. 378-85. (1922, 2ª ed.)
- 1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 45-52.
- 1925 *GS*, 6, págs. 45-52.
- 1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 321-8.
- 1943 *GW*, 8, págs. 350-7.
- 1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario}, págs. 149-56.

*Traducciones en castellano **

- 1930 «El empleo de la interpretación de los sueños en la psicoanálisis». *BN* (17 vols.), 14, págs. 110-6. Traducción de Luis López-Ballesteros.
- 1943 Igual título. *EA*, 14, págs. 113-9. El mismo traductor.
- 1948 «El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis». *BN* (2 vols.), 2, págs. 318-21. El mismo traductor.
- 1953 Igual título. *SR*, 14, págs. 89-94. El mismo traductor.
- 1968 Igual título. *BN* (3 vols.), 2, págs. 410-3. El mismo traductor.
- 1972 Igual título. *BN* (9 vols.), 5, págs. 1644-7. El mismo traductor.

Como lo indica su título, el tema de este trabajo, publicado en diciembre de 1911, es restringido: se ocupa de los

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xv y n. 6.}

sueños tan sólo según estos se presentan en el análisis terapéutico. Se hallarán otras contribuciones a dicho tema en las secciones I a VIII de «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c), *AE*, 19, págs. 111-19.

James Strachey

El *Zentralblatt für Psychoanalyse* {Periódico central de psicoanálisis} ¹ no sólo se ha impuesto la labor de orientar sobre los progresos del psicoanálisis y aun publicar breves colaboraciones;² querría cumplir además estas otras tareas: presentar en una versión clara para los aprendices lo ya discernido y, mediante indicaciones apropiadas, ahorrar tiempo y trabajo a quienes se inician en el tratamiento analítico. Por eso, desde este momento aparecerán también en la revista ensayos de naturaleza didáctica y contenido técnico, donde no es esencial que se comunique algo nuevo.

El problema que hoy me propongo tratar no es el de la técnica de la interpretación de los sueños. No he de elucidar cómo se debe interpretarlos y valorar su interpretación, sino sólo el uso que en el tratamiento psicoanalítico de enfermos es preciso dar a ese arte interpretativo. Desde luego que se puede proceder de diversas maneras, pero en el psicoanálisis nunca es obvia la respuesta a cuestiones técnicas. Quizás haya más de un camino bueno, pero sin duda hay muchísimos malos, y una comparación entre diversas técnicas tiene que producir un efecto esclarecedor aunque no imponga decidirse por un método determinado.

Quien aborde el tratamiento analítico partiendo de la interpretación de sueños retendrá su interés por el contenido de estos y entonces querrá obtener la interpretación más completa posible de cada sueño que el enfermo le cuente. Sin embargo, pronto notará que se mueve en unas constelaciones sumamente diversas, y que si quiere llevar a cabo su designio entra en colisión con las tareas más inmediatas de la terapia. Por ejemplo, si el primer sueño del paciente resulta ser de extraordinario provecho para anudar los esclarecimientos iniciales dirigidos al enfermo, pronto sobrevienen otros tan largos y oscuros que su interpretación no puede consumarse en el limitado tiempo de trabajo de una

¹ [Donde apareció este trabajo por primera vez.]

² [Las de mayor extensión se destinaban al *Jahrbuch*; cf. «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914d), *AE*, 14, págs. 45-6.]

sesión. Si el médico prosigue ese trabajo interpretativo en las sesiones siguientes, se le acumularán entretanto nuevos sueños, que deberá posponer hasta que pueda dar por tramitado al primero. En ocasiones la producción onírica es tan copiosa, y tan vacilante el progreso del enfermo en el entendimiento de los sueños, que el analista no puede apartar de sí la idea de que ese ofrecimiento de material no sería sino una exteriorización de la resistencia, luego de experimentarse que la cura no puede dominar el material que así se le brinda. Y, de esta manera, la cura se ha quedado rezagada un buen trecho respecto del presente y ha perdido el contacto con la realidad. A semejante técnica hay que contraponer esta regla: para el tratamiento es del máximo valor tomar noticia, cada vez, de la superficie psíquica del enfermo, y mantenerse uno orientado hacia los complejos y las resistencias que por el momento {*derzeit*} puedan moverse en su interior, y hacia la eventual reacción conciente que guiará su comportamiento frente a ello. Casi nunca será lícito demorar esta meta terapéutica en aras del interés por la interpretación de los sueños.

Entonces, si uno tiene presente esa regla, ¿qué hacer con la interpretación de sueños dentro del análisis? Más o menos esto: Uno se conforma cada vez con los resultados interpretativos que pueda obtener en una sesión, y si no alcanzó a discernir por completo el contenido del sueño, no anota esto como una deuda. A la sesión siguiente no se prosigue el trabajo interpretativo sin pensarlo más, sino sólo si se nota que entretanto ninguna otra cosa se ha esforzado en el enfermo hacia el primer plano. Por tanto, no se hace excepción a la regla de tomar siempre lo primero que al enfermo se le pase por la mente, aun a costa de interrumpir la interpretación de un sueño. Y si advienen sueños nuevos antes que se haya acabado con el anterior, uno se volverá a estas producciones más recientes y no se reprochará nada por desdeñar así las más antiguas. Y cuando los sueños se vuelvan demasiado copiosos y extensos, uno renunciará entre sí de antemano a una solución completa. En general, hay que guardarse de mostrar un interés muy especial por la interpretación de los sueños y de despertar en el enfermo la creencia de que el trabajo se quedará por fuerza detenido si él no aporta sueños. De lo contrario, se corre el riesgo de guiar la resistencia hacia la producción onírica y provocar una derrota de los sueños. Hay que educar al analizado más bien en la convicción de que el análisis en cualquier caso hallará material para continuar, aporte él sueños o no, y sin que interese en qué medida uno se ocupe de ellos.

Ahora se preguntará: ¿No se renuncia a un material demasiado valioso para descubrir lo inconciente si sólo bajo tales limitaciones de método se practica la interpretación de sueños? Cabe replicar: La pérdida en modo alguno es tan grande, como se verá a poco que se ahonde en el estado de cosas. Téngase en claro, por una parte, que en casos graves de neurosis ha de juzgarse imposible por principio, según todas las premisas, solucionar por completo una producción onírica algo extensa. Un sueño así se edifica a menudo sobre el material patógeno del caso en su conjunto, material del que aún no tienen noticia ni médico ni paciente (los llamados «sueños programáticos», «sueños biográficos»³); en ocasiones se lo puede equiparar a una traducción de todo el contenido de la neurosis al lenguaje del sueño. En el intento de interpretar un sueño tal, todas las resistencias presentes y todavía intactas entrarán en actividad poniendo un límite a la intelección. Es que la interpretación completa de un sueño de esta clase coincide, ni más ni menos, con la ejecución del análisis íntegro. Si se lo ha registrado al comienzo del análisis, es posible que se lo comprenda sólo a su término, muchos meses después. Es el mismo caso del entendimiento de un síntoma singular (p. ej., el síntoma principal). Todo el análisis sirve a esclarecerlo; en el curso del tratamiento es preciso buscar aprehender, en su serie, ora este, ora estoto fragmento del significado sintomático, hasta que resulte posible conjugarlos a todos. Siendo así, de un sueño que sobrevenga al comienzo de un análisis tampoco es lícito pedir más; hay que darse por satisfecho si al principio se colige, merced al intento interpretativo, aunque fuera una sola moción de deseo patógena.⁴

Por tanto, no se renuncia a nada asequible cuando se resigna el propósito de una interpretación completa de sueños. Y, por otro lado, tampoco se pierde nada, por lo general, si se interrumpe la interpretación de un sueño más antiguo para aplicarse a uno más reciente. Tenemos sabido, por buenos ejemplos de sueños plenamente interpretados, que varias escenas sucesivas del mismo sueño pueden tener idéntico contenido, y este, abrirse paso con nitidez creciente en esa sucesión. Y hemos aprendido, de igual modo, que varios sueños ocurridos la misma noche tal vez no sean más

³ [Cf. *La interpretación de los sueños* (1900a), *AE*, 5, págs. 354 y 371, n. 28.]

⁴ [Consideraciones más detenidas sobre los límites de la interpretabilidad se hallan en la sección A de «Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto» (1925i), *AE*, 19, págs. 129-32.]

que unos intentos por figurar un mismo contenido con diversas maneras de expresarlo.⁵ Podemos tener esta plena y universal certidumbre: cada moción de deseo que hoy se procura un sueño retornará en otro mientras no sea entendida ni se sustraiga del imperio de lo inconciente. Así, el mejor camino para completar la interpretación de un sueño consistirá en dejarlo para consagrarse al nuevo sueño, que retoma el mismo material en una forma quizá más accesible. Yo sé que no sólo para el analizado, sino también para el médico, es mucho exigir que en el tratamiento resigne las representaciones-meta concientes y se entregue por entero a una guía que sin duda nos aparece siempre «contingente». Pero, puedo aseverarlo, uno es todas las veces recompensado si se resuelve a prestar creencia a sus propias tesis teóricas, vencién dose a sí mismo para no poner en entredicho la jefatura de lo inconciente en el establecimiento de la trama.

Abogo, pues, por que en el tratamiento analítico la interpretación de sueños no se cultive como un arte autónomo, sino que su manejo se someta a las reglas técnicas que en general gobiernan la ejecución de la cura. Desde luego, en ocasiones se puede proceder de otro modo y ceder un trecho más al interés teórico; pero, en tal caso, sabiendo siempre lo que uno hace. Cabe considerar otra circunstancia, que se ha presentado desde que hemos empezado a confiar más en nuestra inteligencia del simbolismo de los sueños y a sabernos más independientes de las ocurrencias del analizado. Un intérprete de sueños particularmente diestro quizás esté en condiciones de penetrar cada sueño del paciente sin obligarlo a emprender una elaboración laboriosa y dispendiosa de tiempo. Para un analista así, desaparecerá todo conflicto entre los requerimientos de la interpretación de sueños y los de la terapia. Se sentirá tentado a sacar siempre pleno partido de aquella, y a comunicar a su paciente todo cuanto ha colegido de sus sueños. Pero con ello habrá seguido una metodología que se aparta no poco de la regular, como lo expondré en otro contexto.⁶ Sin embargo, para el principiante en el tratamiento psicoanalítico es desaconsejable tomar como modelo este caso extraordinario.

Respecto de los sueños primeros, los que un paciente comunica en el tratamiento analítico mientras él no ha apren-

⁵ [Cf. *La interpretación de los sueños* (1900a), *AE*, 5, pág. 519.]

⁶ [Posible referencia a un pasaje de «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, pág. 141.]

dido nada aún sobre la técnica de traducir sueños, todo analista se comporta como ese intérprete de sueños de superior saber que hemos imaginado. Esos sueños iniciales son, por así decir, ingenuos, revelan muchísimo a quien los escucha; en esto se parecen a los sueños de los llamados hombres sanos. Aquí surge la pregunta: ¿Debe el médico comunicar enseguida al enfermo todo lo que él ha desentrañado del sueño? Pero no la responderemos aquí, pues es evidente que se subordina a otra, más general, referida a las fases del tratamiento y al *tempo* en que el enfermo debe ser introducido por el médico en la noticia de lo anímico que le está escondido.⁷ Mientras más haya aprendido el paciente sobre la práctica de la interpretación de sueños, tanto más oscuros se volverán, por lo común, sus sueños ulteriores. Todo saber adquirido sobre el sueño sirve también a la formación de sueños como una advertencia.

En los trabajos «científicos» sobre el sueño, que, no obstante desautorizar la interpretación de los sueños, han recibido del psicoanálisis un nuevo impulso, se encuentra, una y otra vez, un harto ocioso cuidado por la fiel conservación del texto del sueño, que supuestamente debería preservarse de las desfiguraciones y desgastes de las horas que siguen al despertar. Y aun muchos psicoanalistas no parecen servirse con la suficiente consecuencia de su inteligencia sobre las condiciones de la formación del sueño: ordenan al analizado fijar por escrito cada sueño enseguida de despertar. Semejante regla es superflua en la terapia;⁸ y los enfermos suelen valerse del precepto para turbar su dormir y desplegar gran celo allí donde no puede ser útil. Es que si de ese modo uno ha rescatado laboriosamente el texto de un sueño que de lo contrario se perdería en el olvido, puede convencerse con suma facilidad de que así no se ha conseguido nada para el enfermo. No sobrevienen las ocurrencias sobre el texto, y el efecto es el mismo que si el sueño hubiera quedado sin preservarse. Es cierto que el médico se ha enterado en un caso de algo que en el otro se le habría escapado. Pero no es lo mismo que sepa algo el médico o que lo sepa el paciente; el significado de

⁷ [Se ocupa de esto en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, págs. 140-1.]

⁸ [Con fines de divulgación científica, y para el análisis de sus propios sueños, Freud ponía su texto por escrito. Véase, por ejemplo, *La interpretación de los sueños* (1900a), *AE.* 4, pág. 128, y 5, pág. 454, n. 42. En esa obra (*ibid.*, 5, págs. 507-10) se examina la cuestión del «texto» de los sueños.]

este distingo para la técnica del psicoanálisis deberá ser apreciado por nosotros en algún otro momento.⁹

Por último, mencionaré aún un tipo particular de sueños que, por sus condiciones, sólo pueden presentarse en una cura psicoanalítica, y que acaso extrañen o despisten al principiante. Son los llamados «sueños confirmatorios» que vienen a la zaga del análisis,¹⁰ fáciles de interpretar y cuya traducción no arroja más que aquello que la cura había inferido del material de las ocurrencias diurnas en las últimas sesiones. Parece como si el paciente hubiera tenido la amabilidad de brindar en forma onírica eso mismo que inmediatamente antes se le «sugirió». Sin embargo, al analista con más práctica le resultará difícil suponer tales amabilidades en su paciente; recoge esos sueños como unas deseadas corroboraciones, y comprueba que sólo se observan bajo determinadas condiciones de influjo por la cura. La gran mayoría de los sueños se anticipan a la cura, de suerte que de ellos, deducido todo lo ya consabido y entendido, se obtiene una referencia más o menos clara a algo que hasta entonces permanecía escondido.

⁹ [Cf. «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, págs. 141-2.]

¹⁰ [Cf. la sección VII de «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c).]

Sobre la dinámica
de la transferencia
(1912)

Nota introductoria

«Zur Dynamik der Übertragung»

Ediciones en alemán

- 1912 *Zbl. Psychoanal.*, 2, nº 4, págs. 167-73.
1918 *SKSN*, 4, págs. 388-98. (1922, 2ª ed.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 53-63.
1925 *GS*, 6, págs. 53-63.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 328-40.
1943 *GW*, 8, págs. 364-74.
1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario}, págs. 157-68.

*Traducciones en castellano **

- 1930 «La dinámica de la transferencia». *BN* (17 vols.), 14, págs. 117-28. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, 14, págs. 121-32. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), 2, págs. 321-6. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, 14, págs. 95-103. El mismo traductor.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), 2, págs. 413-8. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), 5, págs. 1648-53. El mismo traductor.

Pese a que Freud incluyó este trabajo (publicado en enero de 1912) en la serie sobre técnica, por su naturaleza es más bien un examen teórico del fenómeno de la transferencia y de la forma en que opera en el tratamiento psicoanalítico. Freud ya había abordado la cuestión en algunas breves puntualizaciones al final del historial clínico de «Dora» (1905e

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xv y n. 6.}

[1901]), *AE*, 7, págs. 101-3; la trató con mucho mayor extensión en la 27ª y la 28ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, 16, págs. 402-13; y, hacia el fin de su vida, hizo varios comentarios importantes al respecto en «Análisis terminable e interminable» (1937c).

James Strachey

El tema de la «trasferencia», difícil de agotar, ha sido tratado brevemente en esta publicación¹ por W. Stekel [1911*d*] de manera descriptiva. Yo querría añadir aquí algunas puntualizaciones a fin de que se comprenda cómo ella se produce necesariamente en una cura psicoanalítica y alcanza su consabido papel durante el tratamiento.

Aclarémoslo esto: 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.² Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite —es reimpreso— de manera regular

¹ [El *Zentralblatt für Psychoanalyse* {Periódico central de psicoanálisis}, donde se publicó por primera vez este trabajo.]

² Debemos defendernos en este lugar del reproche, fruto de un malentendido, de que soslayamos la significación de los factores innatos (constitucionales) por haber puesto de relieve las impresiones infantiles. Semejante reproche brota de la estrechez de la necesidad causal de los seres humanos, que, en oposición al modo en que de ordinario está plasmada la realidad, quiere darse por contenta con un único factor causal. El psicoanálisis ha dicho mucho sobre los factores accidentales de la etiología, y poco sobre los constitucionales, pero ello sólo porque acerca de los primeros podía aportar algo nuevo, mientras que respecto de los segundos en principio no sabía más que lo que corrientemente se sabe. Nos negamos a estatuir una oposición de principio entre las dos series de factores etiológicos; más bien, suponemos una regular acción conjugada de ambas para producir el efecto observado. Δαίμων καὶ Τύχη [disposición y azar] determinan el destino de un ser humano; rara vez, quizá nunca, lo hace uno solo de esos poderes. La distribución de la eficiencia etiológica entre ellos sólo se podrá obtener individualmente y en cada caso. La serie dentro de la cual se ordenen las magnitudes cambiantes de ambos factores tendrá también, sin duda, algunos casos extremos. Según sea el estado de nuestros conocimientos, apreciaremos de manera diversa la parte de la constitución o del vivenciar en el caso singular, y nos reservamos el derecho de modificar nuestro juicio cuando nuestras intelecciones cambien. Por otro lado, uno podría atreverse a concebir la constitución misma como el precipitado de los efectos accidentales sufridos por la serie infinitamente grande de los antepasados.

en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes. Ahora bien, según lo que hemos averiguado por nuestras experiencias, sólo un sector de esas mociones determinantes de la vida amorosa ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; ese sector está vuelto hacia la realidad objetiva, disponible para la personalidad consciente, y constituye una pieza de esta última. Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo, está apartada de la personalidad consciente así como de la realidad objetiva, y sólo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconciente, siendo entonces no consabida para la conciencia de la personalidad. Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de 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 inconciente, participen de tal acomodamiento.

Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico. De acuerdo con nuestra premisa, esa investidura se atendrá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las «series» psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento. Responde a los vínculos reales con el médico que para semejante seriación se vuelva decisiva la «imago paterna» —según una feliz expresión de Jung (1911-12, pág. 164)—. Empero, la transferencia no está atada a ese modelo; también puede producirse siguiendo la imago materna o de un hermano varón. Las particularidades de la transferencia sobre el médico, en tanto y en cuanto desborden la medida y la modalidad de lo que se justificaría en términos positivos y acordes a la *ratio*, se vuelven inteligibles si se reflexiona en que no sólo las representaciones-expectativa conscientes, sino también las rezagadas o inconcientes, han producido esa transferencia.

No correspondería decir ni cavilar más sobre esta conducta de la transferencia si no quedaran ahí sin esclarecer dos puntos que poseen especial interés para el psicoanalista. En primer lugar, no comprendemos que la transferencia resulte tanto más intensa en personas neuróticas bajo análisis que en otras, no analizadas; y en segundo lugar, sigue

constituyendo un enigma por qué en el análisis la transferencia nos sale al paso como *la más fuerte resistencia* al tratamiento, siendo que, fuera del análisis, debe ser reconocida como portadora del efecto salutífero, como condición del éxito. En este sentido, hay una experiencia que uno puede corroborar cuantas veces quiera: cuando las asociaciones libres de un paciente se deniegan,³ 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. En el acto de impartir ese esclarecimiento, uno elimina la parálisis o muda la situación: las ocurrencias ya no se deniegan; en todo caso, se las silencia.

A primera vista, parece una gigantesca 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. Pero, si se lo contempla más de cerca, se remueve al menos el primero de los dos problemas enunciados. No es correcto que durante el psicoanálisis la transferencia se presente más intensa y desenfrenada que fuera de él. En institutos donde los enfermos nerviosos no son tratados analíticamente se observan las máximas intensidades y las formas más indignas de una transferencia que llega hasta el sometimiento, y aun la más inequívoca coloración erótica de ella. Una sutil observadora como Gabriele Reuter lo ha pintado en un maravilloso libro, para un tiempo en que apenas existía psicoanálisis alguno; en ese libro⁴ se traslucen las mejores intelecciones sobre la esencia y la génesis de las neurosis. Así, no corresponde anotar en la cuenta del psicoanálisis aquellos caracteres de la transferencia, sino atribuírselos a la neurosis.

En cuanto al segundo problema —por qué la transferencia nos sale al paso como resistencia en el psicoanálisis—, aún no lo hemos tocado. Ahora, pues, debemos acercarnos a él. Evoquemos la situación psicológica del tratamiento: Una condición previa regular e indispensable de *toda* contracción de una psiconeurosis es el proceso que Jung acertadamente ha designado como «introversión» de la libido.⁵

³ Me refiero al caso en que realmente faltan, y no, por ejemplo, cuando son silenciadas por él a consecuencia de un trivial sentimiento de displacer.

⁴ *Aus guter Familie*, Berlín, 1895.

⁵ Aunque muchas manifestaciones de Jung parecen insinuar que él vio en esta introversión algo característico de la *dementia praecox* y que en otras neurosis no entra en cuenta de igual modo. [Parece ser esta la primera oportunidad en que Freud empleó el término «introversión» en una de sus obras publicadas. Fue acuñado por Jung (1910c, pág.

Vale decir: disminuye el sector de la libido susceptible de conciencia, vuelta hacia la realidad, y en esa misma medida aumenta el sector de ella extrañada de la realidad objetiva, inconciente, que si bien puede todavía alimentar las fantasías de la persona, pertenece a lo inconciente. La libido (en todo o en parte) se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imagos infantiles.⁶ Y bien, hasta allí la 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. En efecto, si la introversión o regresión de la libido no se hubiera justificado por una determinada relación con el mundo exterior (en los términos más universales: por la frustración de la satisfacción),⁷ más aún, si no hubiera sido acorde al fin en ese instante, no habría podido producirse en modo alguno. Empero, las resistencias de este origen no son las únicas, ni siquiera las más poderosas. La libido disponible para la personalidad había estado siempre bajo la atracción de los complejos inconcientes (mejor dicho: de las partes de esos complejos que pertenecían a lo inconciente) y cayó en la regresión por haberse relajado la atracción de la realidad. Para liberarla es preciso ahora ven-

38); pero es probable que esta crítica de Freud apunte a otra obra de Jung (1911-12, págs. 135-6n.). Se hallarán ulteriores comentarios sobre el uso de este término por Jung en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, pág. 127n., en «Introducción del narcisismo» (1914c), *AE*, 14, pág. 72, y en la 23ª de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, 16, pág. 341. En sus escritos posteriores, Freud rara vez empleó el vocablo.]

⁶ Más cómodo sería decir que ella ha re-investido los «complejos» infantiles. Pero sería incorrecto; únicamente se justificaría si se enunciara «las partes inconcientes de esos complejos». — Lo extraordinariamente intrincado del tema que aquí se trata tienta a uno a internarse en la consideración de cierto número de problemas contiguos cuya aclaración, en verdad, sería previa para poder discurrir con palabras inequívocas sobre los procesos psíquicos que es preciso describir aquí. Tales problemas son, entre otros: el recíproco deslinde de introversión y regresión, la inserción de la doctrina de los complejos en la teoría de la libido, los vínculos del fantaseo con lo conciente y lo inconciente, así como con la realidad. No hace falta disculparse por haber resistido aquella tentación en este lugar. — [Sobre el término «imago», empleado aquí y *supra*, pág. 98, véase mi comentario en «El problema económico del masoquismo» (1924c), *AE*, 19, pág. 173, n. 23.]

⁷ [Se hallará un examen completo de esto en «Sobre los tipos de contracción de neurosis» (1912c), *infra*, págs. 239 y sigs.]

cer esa atracción de lo inconciente, vale decir, cancelar la represión {esfuerzo de desalojo} de las pulsiones inconcientes y de sus producciones, represión constituida desde entonces en el interior del individuo. Esto da por resultado la parte con mucho más grandiosa de la resistencia, que hartas veces hace subsistir la enfermedad aunque el extrañamiento respecto de la realidad haya vuelto a perder su temporario fundamento. El análisis tiene que librar combate con las resistencias de ambas fuentes. 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.

Pues bien: si se persigue un complejo patógeno desde su subrogación en lo conciente (llamativa como síntoma, o bien totalmente inadvertida) hasta su raíz en lo inconciente, enseguida se entrará en una región donde la resistencia se hace valer con tanta nitidez que la ocurrencia siguiente no puede menos que dar razón de ella y aparecer como un compromiso entre sus requerimientos y los del trabajo de investigación. En este punto, según lo atestigua la experiencia, sobreviene la trasferencia. Si algo del material del complejo (o sea, de su contenido) es apropiado para ser trasferido sobre la persona del médico, esta trasferencia se produce, da por resultado la ocurrencia inmediata y se anuncia mediante los indicios de una resistencia —p. ej., mediante una detención de las ocurrencias—. De esta experiencia inferimos que la idea trasferencial ha irrumpido hasta la conciencia a expensas de todas las otras posibilidades de ocurrencia *porque* presta acatamiento también a la resistencia. Un proceso así se repite innumerables veces en la trayectoria de un análisis. Siempre que uno se aproxima a un complejo patógeno, primero se adelanta hasta la conciencia la parte del complejo susceptible de ser trasferida, y es defendida con la máxima tenacidad.⁸

Vencida aquella parte, los otros ingredientes del complejo ofrecen ya pocas dificultades. Mientras más se pro-

⁸ De lo cual, empero, no es lícito inferir en general una particular significatividad patógena del elemento escogido para la resistencia trasferencial. Si en el curso de una batalla se lucha con particular encarnizamiento por la posesión de cierta iglesia o de una sola granja, no se debe suponer que la iglesia sea un santuario nacional ni que la casa esconda el tesoro del ejército. El valor de los objetos puede ser meramente táctico, y puede tener vigencia para una batalla sola. — [Acerca de la resistencia trasferencial, véase también «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, pág. 139.]

longue una cura analítica y con más nitidez haya discernido el enfermo que unas meras desfiguraciones del material patógeno no protegen a este de ser puesto en descubierto, tanto más consecuente se mostrará en valerse de una modalidad de desfiguración que, manifiestamente, le ofrece las máximas ventajas: la desfiguración por trasferencia. Estas constelaciones se van encaminando hacia una situación en que todos los conflictos tienen que librarse en definitiva en el terreno de la trasferencia.

Así, en la cura analítica la trasferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta. El mecanismo de la trasferencia se averigua, sin duda, reconduciéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia.

¿A qué debe la trasferencia el servir tan excelentemente como medio de la resistencia? Se creería que no es difícil la respuesta. Es claro que se vuelve muy difícil confesar una moción de deseo prohibida ante la misma persona sobre quien esa moción recae. Este constreñimiento da lugar a situaciones que parecen casi inviables en la realidad. Ahora bien, esa es la meta que quiere alcanzar el analizado cuando hace coincidir el objeto de sus mociones de sentimiento con el médico. Sin embargo, una reflexión más ceñida muestra que esa aparente ganancia no puede proporcionarnos la solución del problema. Es que, por otra parte, un vínculo de apego tierno, devoto, puede salvar todas las dificultades de la confesión. En circunstancias reales análogas suele decirse: «Ante ti no me avergüenzo, puedo decírtelo todo». Entonces, la trasferencia sobre el médico podría igualmente servir para facilitar la confesión, y uno no comprende por qué la obstaculiza.

La respuesta a esta pregunta, planteada aquí repetidas veces, no se obtendrá mediante ulterior reflexión, sino que es dada por la experiencia que uno hace en la cura a raíz de la indagación de las particulares resistencias trasferenciales. Al fin uno cae en la cuenta de que no puede comprender el empleo de la trasferencia como resistencia mientras piense en una «trasferencia» a secas. Es preciso decidirse a separar una trasferencia «positiva» de una «negativa», la trasferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles, y tratar por separado ambas variedades de trasferencia sobre el médico. Y la positiva, a su vez, se descompone en

la de sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de conciencia, y la de sus persecuciones en lo inconciente. De estos últimos, el análisis demuestra que de manera regular se remontan a fuentes eróticas, de suerte que se nos impone esta intelección: todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, que valorizamos en la vida, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual a partir de unos apetitos puramente sexuales, por más puros y no sensuales que se presenten ellos ante nuestra auto-percepción conciente. En el origen sólo tuvimos noticia de objetos sexuales; y el psicoanálisis nos muestra que las personas de nuestra realidad objetiva meramente estimadas o admiradas pueden seguir siendo objetos sexuales para lo inconciente en nosotros.

La solución del enigma es, entonces, que la trasfendencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es una trasfendencia negativa, o una positiva de mociones eróticas reprimidas. Cuando nosotros «cancelamos» la trasfendencia haciéndola conciente, sólo hacemos desasirse de la persona del médico esos dos componentes del acto de sentimiento; en cuanto al otro componente susceptible de conciencia y no chocante, subsiste y es en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito. En esa medida confesamos sin ambages que los resultados del psicoanálisis se basaron en una sugestión; sólo que por sugestión es preciso comprender lo que con Ferenczi (1909) hemos descubierto ahí: el influjo sobre un ser humano por medio de los fenómenos trasfendenciales posibles con él. Velamos por la autonomía última del enfermo aprovechando la sugestión para hacerle cumplir un trabajo psíquico que tiene por consecuencia necesaria una mejoría duradera de su situación psíquica.

Puede preguntarse, aún, por qué los fenómenos de resistencia trasfendencial salen a la luz sólo en el psicoanálisis, y no en un tratamiento indiferente, por ejemplo en institutos de internación. La respuesta reza: también allí se muestran, sólo que es preciso apreciarlos como tales. Y el estallido de la trasfendencia negativa es incluso harto frecuente en ellos. El enfermo abandona el sanatorio sin experimentar cambios o aun desmejorado tan pronto cae bajo el imperio de la trasfendencia negativa. Y si en los institutos la trasfendencia erótica no es tan inhibitoria, se debe a que en ellos, como en la vida ordinaria, se la esconde en lugar de ponerla en descubierto; pero se exterioriza con toda nitidez como resis-

tencia contra la curación, no por cierto expulsando del instituto a los enfermos —al contrario, los retiene ahí—, sino manteniéndolos alejados de la vida. En efecto, para la curación poco importa que el enfermo venza dentro del sanatorio esta o estotra angustia o inhibición; lo que interesa es que también en la realidad objetiva de su vida se libre de ellas.

La trasferencia negativa merecería un estudio en profundidad, que no puede dedicársele en el marco de estas elucidaciones. En las formas curables de psiconeurosis se encuentra junto a la trasferencia tierna, a menudo dirigida de manera simultánea sobre la misma persona. Para este estado de cosas Bleuler ha acuñado la acertada expresión de «ambivalencia».⁹ Una ambivalencia así de los sentimientos parece ser normal hasta cierto punto, pero un grado más alto de ella es sin duda una marca particular de las personas neuróticas. El temprano «divorcio de los pares de opuestos»¹⁰ parece ser característico de la vida pulsional en la neurosis obsesiva, y constituir una de sus condiciones constitucionales. La ambivalencia de las orientaciones del sentimiento es lo que mejor nos explica la aptitud de los neuróticos para poner sus trasferencias al servicio de la resistencia. Donde la capacidad de transferir se ha vuelto en lo esencial negativa, como es el caso de los paranoicos, cesa también la posibilidad de influir y de curar.

Con todas las consideraciones que llevamos hechas sólo hemos apreciado una parte del fenómeno trasferencial. Debemos prestar atención a otro aspecto del mismo asunto. Quien haya recogido la impresión correcta sobre cómo el analizado es expulsado de sus vínculos objetivos {*real*} con el médico tan pronto cae bajo el imperio de una vasta resistencia trasferencial; cómo luego se arroga la libertad de descuidar la regla fundamental del psicoanálisis,¹¹ según la

⁹ Bleuler (1911, págs. 43-4 y 305-6). — Véase la alocución sobre la ambivalencia pronunciada por él en Berna (1910*b*), de la cual se informa en *Zentralblatt für Psychoanalyse*, **1**, pág. 266. — Stekel había propuesto para el mismo fenómeno el término «bipolaridad». — [Parece ser esta la primera vez que Freud menciona la palabra «ambivalencia», utilizada por él ocasionalmente en un sentido distinto que el de Bleuler, para describir la presencia simultánea de mociones activas y pasivas. Véase una nota mía en «Pulsiones y destinos de pulsión» (1915*c*), *AE*, **14**, pág. 126, n. 26.]

¹⁰ [La organización de las pulsiones en pares de opuestos fue señalada por Freud en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, **7**, págs. 145 y 151-2, y más tarde en «Pulsiones y destinos de pulsión» (1915*c*), *AE*, **14**, págs. 122 y sigs. Pondero su importancia para la neurosis obsesiva en el historial clínico del «Hombre de las Ratas» (1909*d*), *AE*, **10**, págs. 185 y sigs.]

¹¹ [Es esta una de las primeras menciones de la frase, que había

cual uno debe comunicar sin previa crítica todo cuanto le venga a la mente; cómo olvida los designios con los que entró en el tratamiento, y cómo ahora le resultan indiferentes unos nexos lógicos y razonamientos que poco antes le habrían hecho la mayor impresión; esa persona, decimos, sentirá la necesidad de explicarse aquella impresión por otros factores además de los ya consignados, y de hecho esos otros factores no son remotos: resultan, también ellos, de la situación psicológica en que la cura ha puesto al analizado.

En la pesquisa de la libido extraviada de lo conciente, uno ha penetrado en el ámbito de lo inconciente. Y las reacciones que uno obtiene hacen salir a la luz muchos caracteres de los procesos inconcientes, tal como de ellos tenemos noticia por el estudio de los sueños. Las mociones inconcientes no quieren ser recordadas, como la cura lo desea, sino que aspiran a reproducirse en consonancia con la atemporalidad y la capacidad de alucinación de lo inconciente.¹² Al igual que en el sueño, el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del despertar de sus mociones inconcientes; quiere actuar {*agieren*} sus pasiones sin atender a la situación objetiva {*real*}. El médico quiere constreñirlo a insertar esas mociones de sentimiento en la trama del tratamiento y en la de su biografía, subordinarlas al abordaje cognitivo y discernirlas por su valor psíquico. Esta lucha entre médico y paciente, entre intelecto y vida pulsional, entre discernir y querer «actuar», se desenvuelve casi exclusivamente en torno de los fenómenos trasferenciales. Es en este campo donde debe obtenerse la victoria cuya expresión será sanar duraderamente de la neurosis. Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*.¹³

aparecido ya en la tercera de las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910a), *AE*, 11, pág. 28. Desde luego, la idea es de antigua data; se la expresa, verbigracia, en *La interpretación de los sueños* (1900a), *AE*, 4, págs. 101-2, y, en términos básicamente idénticos, en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *infra*, págs. 135-6, donde Freud examina la cuestión en una larga nota al pie. Véase también «El método psicoanalítico de Freud» (1904a), *AE*, 7, pág. 239.]

¹² [Esto se esclarece en un trabajo posterior, «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), *infra*, págs. 151 y sigs.]

¹³ [Hay una puntualización semejante en «Recordar, repetir y reelaborar», *ibid.*, pág. 154.]

Consejos al médico sobre
el tratamiento psicoanalítico
(1912)

Nota introductoria

«Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung»

Ediciones en alemán

- 1912 *Zbl. Psychoanal.*, **2**, n.º 9, págs. 483-9.
1918 *SKSN*, **4**, págs. 399-411. (1922, 2ª ed.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 64-75.
1925 *GS*, **6**, págs. 64-75.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 340-51.
1943 *GW*, **8**, págs. 376-87.
1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario}, págs. 169-79.

*Traducciones en castellano**

- 1930 «Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico». *BN* (17 vols.), **14**, págs. 129-40. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **14**, págs. 133-44. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **2**, págs. 326-31. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **14**, págs. 104-12. El mismo traductor.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), **2**, págs. 418-23. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **5**, págs. 1654-60. El mismo traductor.

La primera publicación de este trabajo data de junio de 1912.

James Strachey

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xv y n. 6.}

He decantado las reglas técnicas que propongo aquí de mi experiencia de años, tras desistir, por propio escarmiento, de otros caminos. Con facilidad se echará de ver que todas ellas, o al menos buen número, se resumen en un solo precepto. [Cf. pág. 115.] Espero que tomarlas en cuenta ahorre muchos gastos inútiles a los médicos que practican el análisis, y los salve de incurrir en muchas omisiones. Pero estoy obligado a decir expresamente que esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar.

a. La tarea inmediata a que se ve enfrentado el analista que trata más de un enfermo por día le parecerá, sin duda, la más difícil. Consiste en guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura, y en no confundirlos con un material parecido oriundo de otros pacientes analizados antes o al mismo tiempo. Y si se está obligado a analizar por día seis, ocho enfermos o aun más, la hazaña mnémica que lograrlo supone despertará en los extraños incredulidad, asombro y hasta conmiseración. En todo caso se tendrá curiosidad por conocer la técnica que permita dominar semejante plétora, y se esperará que se sirva de unos particulares recursos auxiliares.

Sin embargo, esa técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aun el tomar apuntes, según luego veremos, y consiste meramente en no querer fijarse {*merken*} en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma «atención parejamente flotante», como ya una vez la he bautizado.¹ De esta manera uno se ahorra un esfuerzo de

¹ [Alude quizás a una frase del historial del pequeño Hans (1909b), *AE*, 10, pág. 21, si bien allí la formulación es algo diferente: «prestaremos atención pareja a todo cuanto hay para observar». Tal como figura en el presente trabajo, la frase reaparece en «Dos artículos de enciclopedia» (1923a), *AE*, 18, pág. 235.]

atención que no podía sostener día tras día a lo largo de muchas horas, y evita un peligro que es inseparable de todo fijarse deliberado. Y es este: tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger entre el material ofrecido; uno fija *{fixieren}* un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. Pero eso, justamente, es ilícito; si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad falseará la percepción posible. No se debe olvidar que los más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad *{nachträglich}* discernirá.

Como se ve, el precepto de fijarse en todo por igual es el correspondiente necesario de lo que se exige al analizado, a saber: que refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previas. Si el médico se comporta de otro modo, aniquila en buena parte la ganancia que brinda la obediencia del paciente a esta «regla fundamental del psicoanálisis».² La regla, para el médico, se puede formular así: «Uno debe dejar cualquier injerencia conciente sobre su capacidad de fijarse, y abandonarse por entero a sus “memorias inconcientes”»; o, expresado esto en términos puramente técnicos: «Uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo».

Lo que uno cosecha de esta manera llena todos los requisitos en el curso del tratamiento. Los elementos del material que ya se ensamblan en un nexo quedarán a la disposición conciente del médico; lo otro, lo todavía incoherente, lo que brota en caótico desorden, parece naufragado al comienzo, pero reaflore con presteza en la memoria tan pronto como el analizado presenta algo nuevo a lo cual referirlo y a través de lo cual se lo pueda continuar. Y entonces uno recibe del analizado, con una sonrisa, el inmerecido halago de tener una «memoria particularmente buena» cuando, pasado mucho tiempo, reproduce un detalle que probablemente habría escapado al propósito conciente de fijarlo en la memoria.

En este recordar, sólo ocurren errores en tiempos y en lugares donde uno es perturbado por haberse envuelto uno mismo (véase más adelante [pág. 115]), y, por tanto, quedó enojosamente a la zaga del ideal del analista. Confusiones con el material de otros pacientes son hartamente raras. En una eventual discusión con el analizado sobre si él ha dicho

² [Cf. «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912*b*), *supra*, págs. 10-45 y n. 11.]

cierta cosa y cómo, las más de las veces se averigua que es el médico quien tiene razón.³

b. No puedo recomendar que en el curso de las sesiones con el analizado se tomen notas algo extensas, se redacten protocolos, etc. Prescindiendo de la desfavorable impresión que ello provoca en muchos pacientes, valen para desaconsejarlo los mismos puntos de vista que consideramos a raíz del fijarse.⁴ Mientras uno toma apuntes o traza signos taquígráficos, forzosamente practica una dañina selección en el material, y así liga un fragmento de su propia actividad espiritual que hallaría mejor empleo en la interpretación de lo escuchado. Sin embargo, no cabe objetar que se hagan algunas excepciones a esta regla para fechas, textos de sueños o ciertos resultados dignos de nota que puedan desprenderse con facilidad del contexto y se presten para utilizarlos como ejemplos autónomos.⁵ Pero yo no suelo hacer esto tampoco. A los ejemplos los registro por escrito de memoria al anochecer, después de terminado el trabajo; en cuanto a los textos de sueños que me interesan, hago que los pacientes mismos los fijen {por escrito} tras relatar el sueño.

c. Tomar notas durante la sesión con el paciente se podría justificar por el designio de convertir al caso tratado en tema de una publicación científica. En principio, no se lo podría prohibir. No obstante, se debe tener en cuenta que unos protocolos exactos en un historial clínico analítico rinden menos que lo que se esperaría de ellos. En rigor, se alinean con esa pseudo exactitud de la que tantos ejemplos llamativos nos ofrece la psiquiatría «moderna». Por lo general, son fatigosos para el lector y no consiguen sustituirle su presencia en el análisis. Tenemos hecha la cabal experiencia de que si el lector quiere dar crédito al analista, se lo concederá incluso al poquito de elaboración que haya emprendido.

³ El analizado afirma a menudo haber hecho ya antes cierta comunicación, mientras que uno puede asegurar, con calma superioridad, que es la primera vez que la produce. Después se averigua que esa vez anterior el analizado tuvo la intención de hacer esa comunicación, pero fue impedido de llevarla a cabo por una resistencia que todavía subsiste. El recuerdo de esa intención es para él inseparable del recuerdo de haberla llevado a cabo. [No pasó mucho tiempo antes de que Freud se explayara sobre este punto, en «Acerca del *fausse reconnaissance* ("d^éjà raconté") en el curso del trabajo psicoanalítico» (1914a), *AE*, 13, pág. 207.]

⁴ [Una advertencia análoga está contenida en una nota a pie de página agregada por Freud al historial clínico del «Hombre de las Rasas» (1909d), *AE*, 10, pág. 128.]

⁵ [Presumiblemente con fines de divulgación científica.]

dido en su material; pero si no quiere tomar en serio ni al análisis ni al analista, desdeñará también unos protocolos fieles del tratamiento. No parece el camino para remediar la falta de evidencia que se descubre en las exposiciones psicoanalíticas.

d. La coincidencia de investigación y tratamiento en el trabajo analítico es sin duda uno de los títulos de gloria de este último. Sin embargo, la técnica que sirve al segundo se contrapone hasta cierto punto a la de la primera. Mientras el tratamiento de un caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico. El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de este; por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas. Para el analista, la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades; en no especular ni cavilar mientras analiza, y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar sólo después de concluido el análisis. Sería irrelevante distinguir entre ambas actitudes si ya poseyéramos todos los conocimientos, o al menos los esenciales, que el trabajo psicoanalítico es capaz de brindarnos sobre la psicología de lo inconciente y sobre la estructura de las neurosis. Hoy estamos muy lejos de esa meta y no debemos cerrarnos los caminos que nos permitirían reexaminar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo.

e. No sé cómo encarecería bastante a mis colegas que en el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte. Para el psicoanalista, en las circunstancias hoy reinantes, hay una tendencia afectiva peligrosísima: la ambición de obtener, con su nuevo y tan atacado instrumento, un logro convincente para los demás. Así no sólo se sitúa él mismo en una disposición de ánimo desfavorable para el trabajo, sino que se expone indefenso a ciertas resistencias del paciente, juego de fuerzas del cual la curación depende en primer lugar. Aquella frialdad de sentimiento que cabe exigir del analista se justifica porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico,

el muy deseable cuidado de su propia vida afectiva; para el enfermo, el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle. Un viejo cirujano había abrazado esta divisa: «*Je le pansai, Dieu le guérit*».*⁶ El analista debe darse por satisfecho con algo parecido.

f. Es fácil colegir la meta a la cual convergen estas reglas que hemos presentado separadas. Todas ellas pretenden crear el correspondiente, para el médico, de la «regla analítica fundamental» instituida para el analizado. Así como este debe comunicar todo cuanto atrape en su observación de sí atajando las objeciones lógicas y afectivas que querrían moverlo a seleccionar, de igual modo el médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconciente emisor del enfermo su propio inconciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono. De la misma manera en que el receptor vuelve a mudar en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas de la línea incitadas por ondas sonoras, lo inconciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconciente, esto inconciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo.

Ahora bien, si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconciente ha discernido; de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención conciente. Para ello no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. No se puede dudar razonablemente del efecto descalificador de tales fallas propias; es que cualquier represión no solucionada en el médico corresponde, según una certera expresión de W. Stekel [1911a, pág. 532], a un «punto ciego» en su percepción analítica.

* {«Yo curé sus heridas, Dios lo sanó».}

⁶ [El dicho se atribuye al cirujano francés Ambroise Paré (circa 1517-1590).]

Hace años me preguntaron cómo podría uno hacerse analista, y respondí: «Mediante el análisis de sus propios sueños». ⁷ Por cierto que esta precondition basta para muchas personas, mas no para todas las que querrían aprender el análisis. Y, por lo demás, no todos consiguen interpretar sus propios sueños sin ayuda ajena. Incluyo entre los muchos méritos de la escuela analítica de Zurich haber reforzado esta condición, concretándola en la exigencia de que todo el que pretenda llevar a cabo análisis en otros deba someterse antes a un análisis con un experto. Si alguien se propone seriamente la tarea, debería escoger este camino, que promete más de una ventaja; el sacrificio de franquearse con una persona ajena sin estar compelido a ello por la enfermedad es ricamente recompensado. No sólo realizará uno en menos tiempo y con menor gasto afectivo su propósito de tomar noticia de lo escondido en la persona propia, sino que obtendrá, vivenciándolas uno mismo, impresiones y convicciones que en vano buscaría en el estudio de libros y la audición de conferencias. Por último, no ha de tenerse en poco la ganancia que resulta del vínculo anímico duradero que suele establecerse entre el analizado y la persona que lo guía. ⁸

Parece natural que un análisis como este, de alguien prácticamente sano, no termine nunca. Quien sepa apreciar el elevado valor del conocimiento de sí adquirido con tal análisis, así como del mayor autogobierno que confiere, proseguirá después como autoanálisis la exploración analítica de la persona propia y tendrá la modestia de esperar siempre nuevos hallazgos tanto dentro como fuera de él mismo. Y quien como analista haya desdeñado la precaución del análisis propio, no sólo se verá castigado por su incapacidad para aprender de sus enfermos más allá de cierto límite, sino que también correrá un riesgo más serio, que puede llegar a convertirse en un peligro para otros. Con facilidad caerá en la tentación de proyectar sobre la ciencia, como teoría de validez universal, lo que en una sorda percepción de sí mismo discierna sobre las propiedades de su persona propia; arro-

⁷ [Se refiere a la tercera de sus conferencias en la Clark University (1910a), *AE*, **11**, pág. 29. Algunas consideraciones en torno de sus cambiantes puntos de vista sobre este tema se encontrarán en una nota mía de «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914d), *AE*, **14**, págs. 19-20.]

⁸ [Una opinión menos optimista se exterioriza, no obstante, en la sección II de «Análisis terminable e interminable» (1937c). Este escrito, uno de los últimos de Freud, aborda en muchos otros lugares (en especial, en su sección VII) el tema examinado en este párrafo y el siguiente.]

jará el descrédito sobre el método psicoanalítico e inducirá a error a los inexpertos.

g. Agrego algunas otras reglas que implican dar el paso desde la actitud del médico hacia el tratamiento del analizado.

Es por cierto tentador para el psicoanalista joven y entusiasta poner en juego mucho de su propia individualidad para arrebatarse al paciente y hacerlo elevarse sobre los límites de su personalidad estrecha. Uno creería de todo punto admisible, y hasta adecuado para superar las resistencias subsistentes en el enfermo, que el médico le deje ver sus propios defectos y conflictos anímicos, le posibilite ponerse en un pie de igualdad mediante unas comunicaciones sobre su vida hechas en confianza. Una confianza vale la otra, y quien pida intimidad de otro tiene que testimoniarle la suya.

No obstante, en el trato psicoanalítico muchas cosas discurren diversamente de lo que harían esperar las premisas de la psicología de la conciencia. La experiencia no confirma la bondad de esa técnica afectiva. Tampoco es difícil entender que con ella uno abandona el terreno psicoanalítico y se aproxima a los tratamientos por sugestión. Así se consigue que el paciente comunique antes y con más facilidad lo que a él mismo le es notorio pero habría retenido aún un tiempo por resistencias convencionales. Sin embargo, esa técnica no ayuda en nada a descubrir lo inconciente para el enfermo; lo inhabilita aún más para superar resistencias más profundas, y en casos graves por regla general fracasa ante la avidez despertada del enfermo, a quien le gustaría invertir la relación pues encuentra el análisis del médico más interesante que el suyo propio. También la solución de la transferencia, una de las principales tareas de la cura, es dificultada por la actitud íntima del médico, de suerte que la ganancia que pudiera obtener al comienzo es más que compensada en definitiva. Por eso, no vacilo en desestimar por errónea esta variedad de la técnica. El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado. Por lo demás, en la práctica es inobjetable que un psicoterapeuta contamine un tramo de análisis con una porción de influjo sugestivo a fin de alcanzar resultados visibles en tiempo más breve, tal como es necesario, por ejemplo, en los asilos; pero corresponde exigirle que tenga bien en claro lo que emprende, y que sepa que su método no es el psicoanálisis correcto.

b. Otra tentación surge de la actividad pedagógica que al médico le cabe en el tratamiento psicoanalítico, sin que

sea su particular propósito. A raíz de la solución de inhibiciones del desarrollo, bien se comprende que el médico quede habilitado para indicar nuevas metas a las aspiraciones liberadas. No respondería así sino a una lógica ambición, que se empeñaría en crear algo particularmente excelso con la persona a quien tanto trabajo ha consagrado para librarla de su neurosis, y en prescribir elevadas metas a sus deseos. Pero también en esto el médico debería contenerse y tomar como rasero menos sus propios deseos que la aptitud del analizado. No todos los neuróticos poseen un gran talento para la sublimación; de muchos se puede suponer que en modo alguno habrían enfermado si poseyeran el arte de sublimar sus pulsiones. Esforzándolos desmedidamente a la sublimación y segregándolos de las satisfacciones pulsionales más inmediatas y cómodas, la mayoría de las veces se les tornará la vida más dificultosa todavía que antes. Como médico, es preciso ser sobre todo tolerante con las debilidades del enfermo, darse por contento si, aun no siendo él del todo valioso, ha recuperado un poco de la capacidad de producir y de gozar. La ambición pedagógica es tan inadecuada como la terapéutica. Además, considérese que muchas personas han enfermado justamente a raíz del intento de sublimar sus pulsiones rebasando la medida que su organización les consentía, y que el proceso de sublimación, en quien es apto para él, suele consumarse por sí solo tan pronto como sus inhibiciones son superadas por el análisis. Opino, pues, que empeñar regularmente el tratamiento analítico en la sublimación de las pulsiones es algo muy loable, pero en modo alguno se lo puede recomendar para todos los casos.

i. ¿Dentro de qué límites se debe reclamar la colaboración intelectual del analizado en el tratamiento? Es difícil enunciar algo de validez universal sobre este punto: lo decide en primer término la personalidad del paciente. Pero siempre hay que mantener aquí la precaución y la reserva. Es incorrecto dictar al analizado unos deberes: recopilar sus recuerdos, reflexionar sobre cierta época de su vida, etc. Es que él tiene que aprender sobre todo —lo cual no es fácil de aceptar para nadie— que ni en virtud de una actividad mental como la reflexión, ni de un esfuerzo de atención y de voluntad, se resolverán los enigmas de la neurosis, sino sólo por la paciente obediencia a la regla psicoanalítica que ordena desconectar la crítica a lo inconciente y sus retoños. Uno debería mostrarse particularmente inflexible sobre la obediencia a esta regla en el caso de los enfermos que practican el arte de escaparse a lo intelectual en el tratamiento, y en-

tonces reflexionan mucho sobre su estado, a menudo con gran sabiduría, ahorrándose así el hacer algo para llegar a dominarlo. Por eso no me inclino a recurrir con mis pacientes a la lectura de escritos psicoanalíticos; les demando que lo aprendan en su persona propia y les aseguro que de esa manera averiguarán más cosas, y de mayor valor, que las que pudiera decirles toda la bibliografía psicoanalítica. Bien comprendo, desde luego, que bajo las condiciones de la internación en un asilo pueda resultar muy ventajoso servirse de la lectura para preparar al analizado y producir una atmósfera favorable al influjo terapéutico.

Quisiera advertir con la mayor insistencia que no debe buscarse la aquiescencia o el apoyo de padres o parientes dándoles a leer alguna obra de nuestra bibliografía, ya sea introductoria o más profunda. Lo que consigue las más de las veces este paso bienintencionado es que estalle de manera prematura la natural y, en algún momento, inevitable hostilidad de los parientes al tratamiento psicoanalítico de uno de los suyos, de suerte que aquel ni siquiera podrá iniciarse.

Manifiesto la esperanza de que la progresiva experiencia de los psicoanalistas los lleve a un acuerdo sobre los problemas de la técnica: sobre la manera más acorde al fin de tratar a los neuróticos. Por lo que atañe al tratamiento de los «parientes», confieso mi total perplejidad y confío poquísimamente en su tratamiento individual.

Sobre la iniciación del tratamiento¹

(Nuevos consejos sobre la técnica
del psicoanálisis, I)

(1913)

Nota introductoria

«Zur Einleitung der Behandlung
(Weitere Ratschläge zur Technik
der Psychoanalyse, I)»

Ediciones en alemán

- 1913 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, **1**, nº 1, págs. 1-10, y nº 2, págs. 139-46.
1918 *SKSN*, **4**, págs. 412-40. (1922, 2ª ed.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 84-108.
1925 *GS*, **6**, págs. 84-108.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 359-85.
1943 *GW*, **8**, págs. 454-78.
1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario}, págs. 181-203.

*Traducciones en castellano**

- 1930 «La iniciación del tratamiento». *BN* (17 vols.), **14**, págs. 148-73. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **14**, págs. 153-78. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **2**, págs. 334-45. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **14**, págs. 119-38. El mismo traductor.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), **2**, págs. 426-37. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **5**, págs. 1661-74. El mismo traductor.

Este trabajo se publicó en dos partes, en los números de *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* corres-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xv y n. 6.}

pondientes a enero y marzo de 1913. La primera parte, que culminaba con la pregunta: «¿En qué punto y con qué material se debe comenzar el tratamiento?» (*infra*, pág. 135), estaba intitulada «Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung» {«Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis: I. Sobre la iniciación del tratamiento»}. La segunda parte llevaba el mismo título, pero con estos dos agregados: «– Die Frage der ersten Mitteilungen – Die Dynamik der Heilung» {«– La cuestión de las primeras comunicaciones – La dinámica de la cura»}. A partir de 1924, todas las ediciones en alemán adoptaron el título abreviado, «Sobre la iniciación del tratamiento», sin agregados. Según la concepción original del autor (tal como lo revela el manuscrito), el artículo se dividía en *tres* partes, que corresponderían respectivamente a «Sobre la iniciación del tratamiento» (hasta pág. 140 *infra*), «La cuestión de las primeras comunicaciones» (págs. 140-1) y «La dinámica de la cura» (págs. 141-4).

James Strachey

Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico.

En este trabajo intentaré compilar, para uso del analista práctico, algunas de tales reglas sobre la iniciación de la cura. Entre ellas habrá estipulaciones que podrán parecer triviales, y en efecto lo son. Valga en su disculpa no ser sino unas reglas de juego que cobrarán significado desde la trama del plan de juego. Por otra parte, obro bien al presentarlas como unos «consejos» y no pretenderlas incondicionalmente obligatorias. La extraordinaria diversidad de las constataciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica, y hacen posible que un proceder de ordinario legítimo no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente considerado erróneo lleve en algún caso a la meta. Sin embargo, esas constataciones no impiden establecer para el médico una conducta en promedio acorde al fin.

Hace ya años, en otro lugar,² expuse las indicaciones más importantes para la selección de los pacientes. Por eso no las repito aquí; entretanto, han hallado aprobación en otros psicoanalistas. Pero agregó que después, con los enfermos

¹ [Corresponde a la llamada que aparece en el título, *supra*, pág. 121.] En la primera edición figuraba aquí la siguiente nota: «Continuación de una serie de artículos publicados en *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2, n^{os} 3, 4 y 9 (“El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis”, “Sobre la dinámica de la transferencia”, “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”).»]

² «Sobre psicoterapia» (1905a).

de quienes sé poco, he tomado la costumbre de aceptarlos primero sólo provisionalmente, por una semana o dos. Si uno interrumpe dentro de ese lapso, le ahorra al enfermo la impresión penosa de un intento de curación infortunado; uno sólo ha emprendido un sondeo a fin de tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el psicoanálisis. No se dispone de otra modalidad para ese ensayo de puesta a prueba; como sustituto no valdrían pláticas ni inquisiciones en la hora de sesión, por más que se las prolongase. Ahora bien, ese ensayo previo ya es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas. Quizá se lo pueda separar de este por el hecho de que en aquel uno lo hace hablar al paciente y no le comunica más esclarecimientos que los indispensables para que prosiga su relato.

La iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica. Hartas veces, cuando uno se enfrenta a una neurosis con síntomas histéricos u obsesivos, pero no acusados en exceso y de duración breve —vale decir, justamente las formas que se considerarían favorables para el tratamiento—, debe dar cabida a la duda sobre si el caso no corresponde a un estadio previo de la llamada «*dementia praecox*» («esquizofrenia» según Bleuler, «parafrenia» según mi propuesta³) y, pasado más o menos tiempo, mostrará un cuadro declarado de esta afección. Pongo en tela de juicio que resulte siempre muy fácil trazar el distingo. Sé que hay psiquiatras que rara vez vacilan en el diagnóstico diferencial, pero me he convencido de que se equivocan con la misma frecuencia. Sólo que para el psicoanalista el error es mucho más funesto que para el llamado «psiquiatra clínico». En efecto, este último no emprende nada productivo ni en un caso ni en el otro; corre sólo el riesgo de un error teórico y su diagnóstico no posee más que un interés académico. El psicoanalista, empero, en el caso desfavorable ha cometido un yerro práctico, se ha hecho culpable de un gasto inútil y ha desacreditado su procedimiento terapéutico. Si el enfermo no padece de histeria ni de neurosis obsesiva, sino de parafrenia, él no podrá mantener su promesa de curación, y por eso tiene unos motivos particularmente serios para evitar el error diagnóstico. En un tratamiento de prueba de algunas semanas percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinar a no continuar con el intento. Por desdicha, no estoy en condiciones de afirmar que ese ensayo posibilite de

³ [Cf. «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia» (1911c), *supra*, pág. 70, n. 25.]

manera regular una decisión segura; sólo es una buena cautela más.⁴

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 para las que es preciso estar preparado. En efecto, hacen que el paciente enfrente al médico con una actitud trasfereencial ya hecha, y éste deberá descubrirla poco a poco, en vez de tener la oportunidad de observar desde su inicio el crecer y el devenir de la transferencia. De ese modo el paciente mantendrá durante un lapso una ventaja que uno preferiría no concederle.

Uno debe desconfiar de todos los que quieren empezar la cura con una postergación. La experiencia muestra que no se presentan trascurrido el plazo convenido, a pesar de que los motivos aducidos para esa postergación (vale decir, la racionalización del designio) pudieran parecer inobjektables al no iniciado.

Dificultades particulares se presentan cuando han existido vínculos amistosos o de trato social entre el médico y el paciente que ingresa en el análisis, o su familia. El psicoanalista a quien se le pide que tome bajo tratamiento a la esposa o al hijo de un amigo ha de prepararse para que la empresa, cualquiera que sea su resultado, le cueste aquella amistad. Y debe admitir ese sacrificio si no puede recurrir a un subrogante digno de confianza.

Tanto legos como médicos, que tienden aún a confundir al psicoanálisis con un tratamiento sugestivo, suelen atribuir elevado valor a la expectativa con que el paciente enfrente el nuevo tratamiento. A menudo creen que no les dará mucho trabajo cierto paciente por tener este gran confianza en el psicoanálisis y estar plenamente convencido de su verdad y productividad. Y en cuanto a otro, les parecerá más difícil el éxito, pues se muestra escéptico y no quiere creer nada

⁴ Sobre el tema de esta incertidumbre diagnóstica, las posibilidades del análisis en el caso de formas leves de parafrenia y los fundamentos de la semejanza de ambas afecciones habría muchísimo para decir, que no puedo desarrollar en este contexto. De buena gana, siguiendo a Jung, contrapondría yo histeria y neurosis obsesiva, como «*neurosis de transferencia*», a las afecciones parafrénicas, como «*neurosis de introversión*», si no fuera porque este uso del concepto de «introversión» (de la libido) lo enajena de su único sentido justificado. [Cf. «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b), *supra*, págs. 99-100, n. 5.]

antes de haber visto el resultado en su persona propia. En realidad, sin embargo, esta actitud de los pacientes tiene un valor harto escaso; su confianza o desconfianza provisionales apenas cuentan frente a las resistencias internas que mantienen anclada la neurosis. Es cierto que la actitud confiada del paciente vuelve muy agradable el primer trato con él; uno se la agradece, pese a lo cual se prepara para que su previa toma de partido favorable se haga pedazos a la primera dificultad que surja en el tratamiento. Al escéptico se le dice que el análisis no ha menester que se le tenga confianza, que él tiene derecho a mostrarse todo lo crítico y desconfiado que quiera, que uno no pondrá su actitud en la cuenta de su juicio, pues él no está en condiciones de formarse un juicio confiable sobre estos puntos; y que su desconfianza no es más que un síntoma entre los otros que él tiene, y no resultará perturbadora siempre que obedezca concienzudamente a lo que le pide la regla del tratamiento.

Quien esté familiarizado con la esencia de la neurosis no se asombrará al enterarse de que también alguien sumamente idóneo para ejercer el psicoanálisis en otro puede comportarse como cualquier mortal, y ser capaz de producir las más intensas resistencias tan pronto como él mismo se convierte en objeto del psicoanálisis. Uno vuelve a recibir entonces la impresión de la dimensión psíquica profunda, y no le parece nada sorprendente que la neurosis arraigue en estratos psíquicos hasta los cuales no caló la formación analítica.

Puntos importantes para el comienzo de la cura analítica son las estipulaciones sobre *tiempo y dinero*.

Con relación al tiempo, obedezco estrictamente al principio de contratar una determinada hora de sesión. A cada paciente le asigno cierta hora de mi jornada de trabajo disponible; es la suya y permanece destinada a él aunque no la utilice. Esta estipulación, que en nuestra buena sociedad es considerada natural para el profesor de música o de idiomas, en el caso del médico quizá parezca dura o aun indigna de su profesión. La gente se inclinará a señalar las múltiples contingencias que impedirían al paciente acudir al médico siempre a la misma hora, y demandará que se tomen en cuenta las numerosas afecciones intercurrentes que pueden sobrevenir en la trayectoria de un tratamiento psicoanalítico prolongado. Pero a ello respondo: No puede ser de otro modo. Cuando se adopta una práctica más tolerante, las inasistencias «ocasionales» se multiplican hasta el punto de amenazar la existencia material del médico. Y con la observancia más rigurosa de esta estipulación resulta, al con-

trario, que los impedimentos contingentes no se producen y se vuelven rarísimas las afecciones intercurrentes. Difícilmente llegue uno a gozar de un ocio del que debería avergonzarse en su condición de alguien que se gana la vida; uno puede continuar el trabajo sin ser perturbado, salvándose de la experiencia penosa y desconcertante de que justamente deba producirse una pausa en el trabajo, sin que uno tenga la culpa, cuando este prometía adquirir particular interés y riqueza de contenido. Sólo tras algunos años de practicar el psicoanálisis con estricta obediencia al principio de contratar la hora de sesión uno adquiere un convencimiento en regla sobre la significatividad de la psicogenia en la vida cotidiana de los hombres, sobre la frecuencia del enfermarse para «hacer novillos» y la nulidad del azar. En caso de afecciones inequívocamente orgánicas, que el interés psíquico en modo alguno puede llevarnos a excluir, interrumpo el tratamiento, me considero autorizado a dar otro empleo a la hora así liberada, y retomo al paciente tan pronto se restablece y me queda libre otra hora.

Trabajo con mis pacientes cotidianamente, con excepción del domingo y los días festivos; vale decir, de ordinario, seis veces por semana. En casos benignos, o en continuaciones de tratamientos muy extensos, bastan tres sesiones por semana. Otras limitaciones de tiempo no son ventajosas ni para el médico ni para el paciente; y cabe desestimarlas por completo al comienzo. Aun interrupciones breves redundarán en algún perjuicio para el trabajo; solíamos hablar en broma del «hielo del lunes» cuando recomenzábamos tras el descanso dominical; un trabajo menos frecuente corre el riesgo de no estar acompasado con el vivenciar real del paciente, y que así la cura pierda contacto con el presente y sea esforzada por caminos laterales. En ocasiones, además, uno se encuentra con enfermos a quienes es preciso consagrarles más tiempo que el promedio de una hora de sesión; es porque ellos pasan la mayor parte de esa hora tratando de romper el hielo, de volverse comunicativos.

He aquí una pregunta desagradable para el médico, que el enfermo le dirige al comienzo mismo: «¿Cuánto durará el tratamiento? ¿Cuánto tiempo necesita usted para librarme de mi padecimiento?». Si uno se ha propuesto un tratamiento de prueba de algunas semanas, se sustrae de la respuesta directa prometiendo que trascurrido ese lapso podrá enunciar un veredicto más seguro. Se responde, por así decir, como Esopo en la fábula al peregrino que pregunta cuánto falta para llegar: «¡Camina!», le exhorta Esopo, y lo funda diciéndole que uno tendría que conocer el paso del cami-

nante antes de estimar la duración de su peregrinaje. Con este expediente se sale de las primeras dificultades, pero la comparación no es buena: es fácil, en efecto, que el neurótico altere su *tempo* y en ciertos períodos sólo haga progresos muy lentos. En verdad, la pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible.

La falta de intelección de los enfermos y la insinceridad de los médicos se aúnan para producir esta consecuencia: hacer al análisis los más desmedidos reclamos y concederle el tiempo más breve. De la carta que una dama me ha enviado desde Rusia, llegada a mí hace pocos días, cito las siguientes cifras: Tiene cincuenta y tres años,⁵ está enferma desde hace veintitrés, y en los últimos diez estuvo incapacitada para cualquier trabajo constante. Su «tratamiento en varios institutos para enfermos nerviosos» no pudo habilitarla para una «vida activa». Espera curarse por completo mediante el psicoanálisis, sobre el cual ha leído. Pero su tratamiento ya ha costado tanto a su familia que no podría tomar residencia en Viena más de seis semanas o dos meses. A ello se suma la dificultad de que sólo quiere «explicar» al comienzo por escrito, pues tocar sus complejos provocaría en ella una explosión o «la enmudecería por cierto tiempo». — Nadie esperaría que se pudiera levantar con dos dedos una mesa pesada como se lo haría con un liviano es-cabel, o construir una casa grande en el mismo tiempo que una chocita; no obstante, tan pronto como se trata de las neurosis, que por el momento no parecen todavía insertas en la trama del pensar humano, aun personas inteligentes olvidan la necesaria proporcionalidad entre tiempo, trabajo y resultado. Es, por otra parte, una entendible consecuencia de la profunda ignorancia que existe acerca de su etiología. Merced a tal desconocimiento, la neurosis es para ellos una suerte de «señorita forastera».⁶ Uno no sabe de dónde vino, y por eso espera que un buen día haya de desaparecer.

Los médicos dan pábulo a esta fe vana; aun los que saben no suelen apreciar como es debido la dificultad de las neurosis. Un colega de mi amistad, a quien le acredito que tras varios decenios de trabajo científico realizado sobre otras premisas desistió de estas para abrazar el psicoanálisis, me escribió cierta vez: «Lo que nos hace falta es un tratamiento breve, cómodo, ambulatorio, de las neurosis obsesivas». No pude proveer a ello, me dio vergüenza y procuré disculparme con la puntualización de que también

⁵ [En las ediciones anteriores a 1925 se leía aquí «treinta y tres».]

⁶ [Alusión al poema de Schiller, «Das Mädchen aus der Fremde».]

los médicos internistas se darían por contentos con una terapia de la tuberculosis o del carcinoma que reuniera esas ventajas.

Para decirlo de manera más directa: el psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados, medio año o uno entero; son más largos de lo que esperaba el enfermo. Por eso se tiene el deber de revelarles ese estado de cosas antes que él se decida en definitiva a emprender el tratamiento. Considero de todo punto más digno, pero también más acorde al fin, que, sin propender a que se asuste, se le llame de antemano la atención sobre las dificultades y sacrificios de la terapia analítica, quitándole todo derecho a afirmar después que se lo atrajo mañosamente a un tratamiento sobre cuyo alcance y significado no tenía noticia. Y el que se deje disuadir por tales comunicaciones habría demostrado más tarde ser inservible. Es bueno procurar una selección así antes de iniciar el tratamiento. Con el progreso del esclarecimiento entre los enfermos aumenta también el número de quienes pasan esta primera prueba.

Yo desapruébo comprometer a los pacientes a que perseveren cierto lapso en el tratamiento; les consiento que interrumpen la cura cuando quieran, pero no les oculto que una ruptura tras breve trabajo no arrojará ningún resultado positivo, y es fácil que, como una operación incompleta, los deje en un estado insatisfactorio. En mis primeros años de actividad psicoanalítica mi mayor dificultad era mover a los enfermos a perseverar; esta dificultad se me ha desplazado hace mucho tiempo: ahora tengo que empeñarme, angustiosamente, en constreñirlos a cesar.

La abreviación de la cura analítica sigue siendo un deseo justificado cuyo cumplimiento, como veremos, se procura por diversos caminos. Por desgracia, un factor de mucho peso se les contrapone: unas alteraciones anímicas profundas sólo se consuman con lentitud; ello sin duda se debe, en última instancia, a la «atemporalidad» de nuestros procesos inconcientes.⁷ Cuando se expone a los enfermos esta dificultad, el considerable gasto de tiempo que insume el análisis, no es raro que propongan un expediente. Dividen sus males en unos intolerables y otros que describen como secundarios, y dicen: «Basta con que usted me libre de aquellos (p. ej., el dolor de cabeza, una determinada angustia); en cuanto a los otros, ya les pondré término en la vida misma». De ese modo, sin embargo, sobrestiman el poder electivo del análisis. Sin duda, el médico analista es capaz de

⁷ [Cf. «Lo inconciente» (1915e), *AE*, **14**, pág. 184 y n. 4.]

mucho, pero no puede determinar con exactitud lo que ha de conseguir. El introduce un proceso, a saber, la resolución de las represiones existentes; puede supervisarlos, promoverlos, quitarle obstáculos del camino, y también por cierto viciarlos en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá. Al poder del analista le ocurre casi lo mismo que a la potencia del varón. El más potente de los hombres puede, sí, concebir un hijo completo, mas no puede engendrar en el organismo femenino una cabeza sola, un brazo o una pierna; ni siquiera puede ordenar el sexo del niño. Es que él sólo inicia un proceso en extremo enmarañado y determinado por antiguos sucesos, que termina con la separación del hijo respecto de la madre. También la neurosis de un ser humano posee los caracteres de un organismo; sus fenómenos parciales no son independientes unos de otros, pues se condicionan y suelen apoyarse recíprocamente; siempre se padece de una sola neurosis, no de varias que por azar coincidirían en un individuo. El enfermo a quien, según su deseo, uno librara de un síntoma intolerable, bien podría hacer la experiencia de que se le agrava hasta adquirir ese carácter un síntoma hasta ese momento llevadero. El médico que quiera desligar en todo lo posible el éxito terapéutico de las eventuales condiciones sugestivas (vale decir, trasferenciales) que pudieran producirlo hará bien en renunciar aun a los vestigios que poseyera de influjo electivo sobre dicho resultado. El psicoanalista no puede menos que preferir a los pacientes que le piden la salud plena en la medida en que sea asequible, y le conceden todo el tiempo que el proceso de restablecimiento necesita. Desde luego, sólo en pocos casos se pueden esperar condiciones tan favorables.

El punto siguiente sobre el que se debe decidir al comienzo de una cura es el dinero, los honorarios del médico. El analista no pone en entredicho que el dinero haya de considerarse en primer término como un medio de sustento y de obtención de poder, pero asevera que en la estima del dinero coparticipan poderosos factores sexuales. Y puede declarar, por eso, que el hombre de cultura trata los asuntos de dinero de idéntica manera que las cosas sexuales, con igual duplicidad, mojigatería e hipocresía. Entonces, de antemano está resuelto a no hacer otro tanto, sino a tratar las relaciones monetarias ante el paciente con la misma natural sinceridad en que pretende educarlo para

los asuntos de la vida sexual. Al comunicarle espontáneamente en cuánto estima su tiempo le demuestra que él mismo ha depuesto toda falsa vergüenza. Por otra parte, la humana sabiduría ordena no dejar que se acumulen grandes sumas, sino cobrar en plazos regulares breves (de un mes, por ejemplo). (Es notorio que no se eleva en el enfermo la estima por el tratamiento brindándoselo demasiado barato.) Se sabe que no es esta la práctica usual en nuestra sociedad europea para el neurólogo o el médico internista; pero el psicoanalista tiene derecho a adoptar la posición del cirujano, que es sincero y cobra caro porque dispone de tratamientos capaces de remediar. Opino que es más digno y está sujeto a menos reparos éticos confesarse uno mismo sus pretensiones y necesidades reales, y no, como suele ocurrir todavía hoy entre los médicos, hacer el papel del filántropo desinteresado, papel para el cual uno no posee los medios, y luego afligirse en su fuero íntimo por la falta de miramientos y el afán explotador de los pacientes, o quejarse de ello en voz alta. En pro de sus honorarios el analista alegrará, además, que por duro que trabaje nunca podrá ganar tanto como los médicos de otras especialidades.

Por las mismas razones tendrá derecho a negar asistencia gratuita, sin exceptuar de esto ni siquiera a sus colegas o los parientes de ellos. Esta última exigencia parece violar la colegialidad médica; pero debe tenerse en cuenta que un tratamiento gratuito importa para el psicoanalista mucho más que para cualquier otro: le sustrae una fracción considerable del tiempo de trabajo de que dispone para ganarse la vida (un octavo, un séptimo de ese tiempo, etc.), y por un lapso de muchos meses. Y un segundo tratamiento gratuito simultáneo ya le arrebatará una cuarta o una tercera parte de su capacidad de ganarse la vida, lo cual sería equiparable al efecto de un grave accidente traumático.

Además, es dudoso que la ventaja para el enfermo contrapesase en alguna medida el sacrificio del médico. Puedo arriesgar con fundamento un juicio, pues a lo largo de unos diez años consagré todos los días una hora, y en ocasiones hasta dos, a tratamientos gratuitos; la razón era que quería enfrentar en mi trabajo la menor resistencia posible con el fin de orientarme en el campo de las neurosis. Ahora bien, no coseché las ventajas que buscaba. Muchas de las resistencias del neurótico se acrecientan enormemente por el tratamiento gratuito; así, en la mujer joven, la tentación contenida en el vínculo trasferencial, y en el hombre jo-

ven, su renuencia al deber del agradecimiento, renuencia que proviene del complejo paterno y se cuenta entre los más rebeldes obstáculos de la asistencia médica. La ausencia de la regulación que el pago al médico sin duda establece se hace sentir muy penosamente; la relación toda se traslada fuera del mundo real, y el paciente pierde un buen motivo para aspirar al término de la cura.

Uno puede situarse muy lejos de la condena ascética del dinero y, sin embargo, lamentar que la terapia analítica, por razones tanto externas como internas, sea casi inasequible para los pobres. Poco es lo que se puede hacer para remediarlo. Quizás acierte la muy difundida tesis de que es más difícil que caiga víctima de la neurosis aquel a quien el apremio de la vida compele a trabajar duro. Pero otra incuestionable experiencia nos dice que es muy difícil sacar al pobre de la neurosis una vez que la ha producido. Son demasiado buenos los servicios que le presta en la lucha por la afirmación de sí, y le aporta una ganancia secundaria de la enfermedad⁸ demasiado sustantiva. Ahora reclama, en nombre de su neurosis, la conmiseración que los hombres denegaron a su apremio material, y puede declararse eximido de la exigencia de combatir su pobreza mediante el trabajo. Por eso, quien ataca la neurosis de un pobre con los recursos de la psicoterapia suele comprobar que en este caso se le demanda, en verdad, una terapia de muy diversa índole, como aquella que, según nuestra leyenda vienesa, solía practicar el emperador José II. Desde luego que en ocasiones hallamos también hombres valiosos y desvalidos sin culpa suya, en quienes el tratamiento gratuito no tropieza con tales obstáculos y alcanza buenos resultados.

Para las clases medias, el gasto en dinero que el psicoanálisis importa es sólo en apariencia desmedido. Prescindamos por entero de que salud y productividad, por un lado, y un moderado desembolso monetario, por el otro, son absolutamente inconmensurables: si computamos en total los incesantes costos de sanatorios y tratamiento médico, y les contraponemos el incremento de la productividad y de la capacidad de procurarse el sustento que resultan de una cura analítica exitosa, es lícito decir que los enfermos han hecho un buen negocio. No hay en la vida nada más costoso que la enfermedad y . . . la estupidez.

⁸ [El concepto de «ganancia secundaria de la enfermedad» aparece ya en «Apreciaciones generales sobre el ataque histérico» (1909a), *AE*, 9, pág. 209, aunque aquí por primera vez se utiliza esa frase. Para un examen más amplio, véase una nota agregada por Freud en 1923 al historial de «Dora» (1905e), *AE*, 7, pág. 39.]

Antes de concluir estas puntualizaciones sobre la iniciación del tratamiento analítico, diré unas palabras todavía sobre cierto ceremonial de la situación en que se ejecuta la cura. Mantengo el consejo de hacer que el enfermo se acueste sobre un diván mientras uno se sienta detrás, de modo que él no lo vea. Esta escenografía tiene un sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis. Pero por varias razones merece ser conservada. En primer lugar, a causa de un motivo personal, pero que quizás otros compartan conmigo. No tolero permanecer bajo la mirada fija de otro ocho horas (o más) cada día. Y como, mientras escucho, yo mismo me abandono al curso de mis pensamientos inconcientes, no quiero que mis gestos ofrezcan al paciente material para sus interpretaciones o lo influyan en sus comunicaciones. Es habitual que el paciente tome como una privación esta situación que se le impone y se revuelva contra ella, en particular si la pulsión de ver (el voyeurismo) desempeña un papel significativo en su neurosis. A pesar de ello, persisto en ese criterio, que tiene el propósito y el resultado de prevenir la inadvertida contaminación de la transferencia con las ocurrencias del paciente, aislar la transferencia y permitir que en su momento se la destaque nítidamente circunscrita como resistencia. Sé que muchos analistas obran de otro modo, pero no sé si en esta divergencia tiene más parte la manía de hacer las cosas diversas, o alguna ventaja que ellos hayan encontrado. [Cf. *infra*, págs. 139-40.]

Pues bien; una vez reguladas de la manera dicha las condiciones de la cura, se plantea esta pregunta: ¿En qué punto y con qué material se debe comenzar el tratamiento?

No interesa para nada con qué material se empiece —la biografía, el historial clínico o los recuerdos de infancia del paciente—, con tal que se deje al paciente mismo hacer su relato y escoger el punto de partida. Uno le dice, pues: «Antes que yo pueda decirle algo, es preciso que haya averiguado mucho sobre usted; cuénteme, por favor, lo que sepa de usted mismo».

Lo único que se exceptúa es la regla fundamental de la técnica psicoanalítica,⁹ que el paciente tiene que observar. Se lo familiariza con ella desde el principio: «Una cosa todavía, antes que usted comience. En un aspecto su relato

⁹ [Cf. «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b), *supra*, págs. 104-5, n. 11.]

tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en esta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. Usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. Tendrá la tentación de decirse: esto o estotro no viene al caso, ● no tiene ninguna importancia, o es disparatado y por ende no hace falta decirlo. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella, y aun justamente por haber registrado una repugnancia a hacerlo. Más adelante sabrá y comprenderá usted la razón de este precepto —el único, en verdad, a que debe obedecer— Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente. Compórtese como lo haría, por ejemplo, un viajero sentado en el tren del lado de la ventanilla que describiera para su vecino del pasillo cómo cambia el paisaje ante su vista. Por último, no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad, y nunca omita algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo». ¹⁰

¹⁰ Mucho habría para decir sobre las experiencias con la regla fundamental del psicoanálisis. En ocasiones uno se topa con personas que se comportan como si ellas mismas se hubieran impuesto esa regla. ●tras pecan contra ella desde el comienzo mismo. Es indispensable, y aun ventajoso, comunicarla en los primeros estadios del tratamiento; más tarde, bajo el imperio de las resistencias, se le deniega la obediencia y para cada cual llega siempre el momento en que habrá de infringirla. Uno mismo, por su autoanálisis, tiene que recordar cuán irresistible aflora la tentación de ceder a aquellos pretextos críticos para el rechazo de ocurrencias. Acerca de la poca eficacia de los contratos que se establecen con el paciente por medio de la regla fundamental del psicoanálisis puede uno convencerse, por lo general, cuando por primera vez comparece a la comunicación algo íntimo sobre terceras personas. El paciente sabe que debe decirlo todo, pero se crea una nueva reserva con la discreción debida a otros. «¿Realmente debo decirlo todo? Creí que sólo valía para las cosas que atañen a mí». Desde luego, es imposible llevar a cabo un tratamiento analítico en que se excluyeran de la comunicación los vínculos del paciente con otras personas, y sus pensamientos acerca de estas. «*Pour faire une omelette il faut casser des oeufs*» («No se puede hacer una tortilla sin romper huevos»). ●e tales secretos sobre personas ajenas, un hombre honesto olvida con presteza cuanto no le parezca de interés científico. Tampoco se puede renunciar a la comunicación de nombres; de lo contrario, los relatos del paciente cobran algo de fantasmagórico, como las escenas de *Die natürliche Tochter* {La hija natural}, de Goethe, y no quedarán en la memoria del médico; además, los nombres reservados impiden el acceso a toda clase de importantes vínculos. Es posible dejar que los nombres se reserven hasta que el analizado se familiarice más con el médico y el procedimiento. Cosa curiosa: toda la tarea se vuelve insoluble si uno ha consentido la reserva aunque sea en un solo lugar, pues

Pacientes que computan su condición de enfermos desde cierto momento suelen orientarse hacia el ocasionamiento de la enfermedad; otros, que no desconocen el nexo de su neurosis con su infancia, empiezan a menudo con la exposición de su biografía íntegra. En ningún caso debe esperarse un relato sistemático, ni se debe hacer nada para propiciarlo. Después, cada pequeño fragmento de la historia deberá ser narrado de nuevo, y sólo en estas repeticiones aparecerán los complementos que permitirán obtener los nexos importantes, desconocidos para el enfermo.

Hay pacientes que desde las primeras sesiones preparan con cuidado su relato, supuestamente para asegurarse un mejor aprovechamiento del tiempo de terapia. Lo que así se viste de celo es resistencia. Corresponde desaconsejar esa preparación, practicada sólo para protegerse del afloramiento de ocurrencias indeseadas.¹¹ Por más que el enfermo crea sinceramente en su loable propósito, la resistencia cumplirá su cometido en el modo deliberado de esa preparación y logrará que el material más valioso escape de la comunicación. Pronto se notará que el paciente inventa además otros métodos para sustraer al tratamiento lo que es debido. Por ejemplo, todos los días conversará con un amigo íntimo sobre la cura, y colocará {*unterbringen*} en esa plática todos los pensamientos que estaban destinados a imponérsele en presencia del médico. La cura tiene así una avería por la que se escurre justamente lo mejor. Será entonces oportuno amonestar al paciente para que trate su cura analítica como un asunto entre su médico y él mismo, y no haga consabedoras a las demás personas, por más próximas que estén a él o por mucho que lo inquieten. Generalmente, en estadios posteriores del tratamiento el paciente no sucumbe a tales tentaciones.

No opongo dificultad ninguna a que los enfermos mantengan en secreto su tratamiento si así lo desean, a menudo

piénsese que si existiera entre nosotros, por ejemplo, derecho de asilo en un único sitio de la ciudad, poco tiempo haría falta para que en él se diera cita toda la canalla de aquella. Cierta vez traté a un alto funcionario que por el juramento de su cargo debía callar ciertas cosas como secretos de Estado, y fracasé con él a raíz de esa limitación. El tratamiento psicoanalítico tiene que sobreponerse a todas las consideraciones, porque la neurosis y sus resistencias son desconsideradas. [Respecto de la dificultad para poner en práctica la «regla fundamental del psicoanálisis», Freud hace algunos interesantes comentarios en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d), AE, 20, pág. 116.]

¹¹ Sólo cabe consentir excepciones para datos como el cuadro de las relaciones de parentesco, estadia en ciertos lugares, operaciones a que el paciente debió someterse, etc.

porque también guardaron secreto sobre su neurosis. No interesa, desde luego, que a consecuencia de esta reserva algunos de los mejores éxitos terapéuticos escapen al conocimiento de los contemporáneos y se pierda la impresión que harían sobre ellos. Por supuesto que ya la decisión misma del paciente en favor del secreto trae a la luz un rasgo de su historia secreta.

Cuando uno encarece al enfermo que al comienzo de su tratamiento haga consabedoras al menor número posible de personas, lo protege así, por añadidura, de las múltiples influencias hostiles que intentarán apartarlo del análisis. Tales influjos pueden ser fatales al comienzo de la cura. Más tarde serán la mayoría de las veces indiferentes y hasta útiles para que salgan a relucir unas resistencias que pretendían esconderse.

Si en el curso del análisis el paciente necesita pasajera-mente de otra terapia, clínica o especializada, es mucho más adecuado acudir a un colega no analista que prestarle uno mismo esa otra asistencia.¹² Tratamientos combinados a causa de un padecer neurótico con fuerte apuntalamiento orgánico son casi siempre impracticables. Tan pronto uno les muestra más de un camino para curarse, los pacientes desvían su interés del análisis. Lo mejor es posponer el tratamiento orgánico hasta la conclusión del psíquico; si se lo hiciera preceder, en la mayoría de los casos sería infructuoso.

Volvamos a la iniciación del tratamiento. En ocasiones se tropezará con pacientes que 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.¹³ No se debe ceder, ni esta primera vez ni las ulteriores, a su ruego de que se les indique aquello sobre lo cual deben hablar. Ya se imagina uno con qué tiene que habérselas en tales casos. Una fuerte resistencia ha pasado al frente para amparar a la neurosis; corresponde recoger enseguida el reto, y arremeter contra ella. El aseguramiento, repetido con energía, 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 po-

¹² [Compárese esto con la experiencia recogida por el propio Freud con sus primeros casos, descritos en *Estudios sobre la histeria* (1895d), p. ej., *AE*, 2, págs. 73 y 153-4.]

¹³ [Este problema técnico ya había sido examinado por Freud en *ibid.*, págs. 305-8.]

ne en descubierto una primera pieza de sus complejos. Mal signo si tiene que confesar que mientras escuchaba la regla fundamental hizo la salvedad de guardarse, empero, esto o estotro; menos enojoso si sólo necesita comunicar con cuánta desconfianza se acerca al análisis, o las cosas horrendas que ha escuchado sobre este. Si él llegase a poner en entredicho estas y otras posibilidades que uno le va exponiendo, se puede, mediante el esforzar, constreñirlo a admitir que, sin embargo, ha hecho a un lado ciertos pensamientos que lo ocuparon: 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, y en que yace aquí sobre un diván, 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.¹⁴ Así, uno se ve forzado a empezar poniendo en descubierto esa transferencia; desde ella se encuentra con rapidez el acceso al material patógeno. Los pacientes cuyo análisis es precedido por ese rehusamiento de las ocurrencias son, sobre todo, mujeres que por el contenido de su biografía están preparadas para una agresión sexual, u hombres de una homosexualidad reprimida hiperintensa.

Así como la primera resistencia, también los primeros síntomas o acciones casuales del paciente merecen un interés particular y pueden denunciar un complejo que gobierne su neurosis. Un joven y espiritual filósofo, con actitudes estéticas exquisitas, se apresura a enderezarse la raya del pantalón antes de acostarse para la primera sesión; revela haber sido antaño un coprófilo de extremo refinamiento, como cabía esperarlo del posterior esteta. Una joven, en igual situación, empieza tirando del ruedo de su falda hasta exponer sus tobillos; así ha revelado lo mejor que el posterior análisis descubrirá: su orgullo narcisista por su belleza corporal, y sus inclinaciones exhibicionistas.

Un número muy grande de pacientes se revuelven contra la postura yacente que se les prescribe, mientras el médico se sienta, invisible, tras ellos. Piden realizar el tratamiento en otra posición, las más de las veces porque no quieren estar privados de ver al médico. Por lo común se les rehúsa el pedido; no obstante, uno no puede impedir que se las

¹⁴ [Cf. «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b), *supra*, págs. 99-101. — En una nota de *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921c), *AE*, 18, pág. 120, n. 7, Freud llamó la atención sobre la similitud entre esta situación y ciertas técnicas hipnóticas.]

arreglen para decir algunas frases antes que empiece la «sesión» o después que se les anunció su término, cuando se levantan del diván. Así dividen su tratamiento en un tramo oficial, en cuyo trascurso se comportan las más de las veces muy inhibidos, y un tramo «cordial» en el que realmente hablan con libertad y comunican toda clase de cosas, sin computarlas ellos como parte del tratamiento. El médico no consentirá por mucho tiempo esta separación; tomará nota de lo dicho antes de la sesión o después de ella y, aplicándolo en la primera oportunidad, volverá a desgarrar el biombo que el paciente quería levantar. Ese biombo se construye, también aquí, con el material de una resistencia trasfereencial.

Ahora bien, mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyan sin detención, no hay que tocar el tema de la trasfereencia. Es preciso aguardar para este, el más espinoso de todos los procedimientos, hasta que la trasfereencia haya devenido resistencia.

La siguiente pregunta que se nos planteará es de principio. Hela aquí: ¿Cuándo debemos empezar a hacer comunicaciones al analizado? ¿Cuándo es oportuno revelarle el significado secreto de sus ocurrencias, iniciarlo en las premisas y procedimientos técnicos del análisis?

La respuesta sólo puede ser esta: No antes de que se haya establecido en el paciente una trasfereencia operativa, un *rapport* en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a este y a la persona del médico. Para ello no hace falta más que darle tiempo. Si se le 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 imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor. Es verdad que uno puede malgastar este primer éxito si desde el comienzo se sitúa en un punto de vista que no sea el de la empatía —un punto de vista moralizante, por ejemplo— o si se comporta como subrogante o mandatario de una parte interesada, como sería el otro miembro de la pareja conyugal.¹⁵

Esta respuesta supone, desde luego, condenar el procedimiento que querría comunicar al paciente las traducciones

¹⁵ [En la primera edición, el final de esta oración rezaba: «...o si se comporta como subrogante o mandatario de una parte interesada con la que está envuelta en un conflicto —como serían sus padres o el otro miembro de la pareja conyugal—».]

de sus síntomas tan pronto como uno mismo los coligió, o aun vería un triunfo particular en arrojarle a la cara esas «soluciones» en la primera entrevista. A un analista ejercitado no le resultará difícil escuchar nítidamente audibles los deseos retenidos de un enfermo ya en sus quejas y en su informe sobre la enfermedad; ¡pero qué grado de autocomplacencia y de irreflexión hace falta para revelar a un extraño no familiarizado con ninguna de las premisas analíticas, y con quien apenas se ha mantenido trato, que él siente un apego incestuoso por su madre, abriga deseos de muerte contra su esposa a quien supuestamente ama, alimenta el propósito de traicionar a su jefe, etc.!¹⁶ Según me he enterado, hay analistas que se ufanan de tales diagnósticos instantáneos y tratamientos a la carrera, pero yo advertido a todos que no se deben seguir esos ejemplos. De esa manera uno se atraerá un total descrédito sobre sí mismo y sobre su causa, y provocará las contradicciones más violentas —y esto, haya o no acertado; en verdad, la resistencia será tanto mayor mientras mejor acertó—. Por lo general, el efecto terapéutico será en principio nulo, y definitiva la intimidación ante el análisis. Aun en períodos posteriores del tratamiento habrá que proceder con cautela para no comunicar una solución de síntoma y traducción de un deseo antes que el paciente esté próximo a ello, de suerte que sólo tenga que dar un corto paso para apoderarse él mismo de esa solución. En años anteriores tuve muchísimas oportunidades de experimentar que la comunicación prematura de una solución ponía fin a la cura prematuramente, tanto por las resistencias que así se despertaban de repente como por el alivio que iba de consuno con la solución.

En este punto se objetará: ¿Es nuestra tarea prolongar el tratamiento, y no llevarlo a su fin lo más rápido posible? ¿No padece el enfermo a causa de su no saber y no comprender, y no es un deber hacerlo sapiente lo más pronto posible, vale decir, cuando el médico lo deviene?

Para responder: esta pregunta se necesita un breve *excursus* sobre el significado del saber y el mecanismo de la curación en el psicoanálisis.

Es verdad que en los tiempos iniciales de la técnica analítica atribuíamos elevado valor, en una actitud de pensamiento intelectualista, al saber del enfermo sobre lo olvi-

¹⁶ [Freud ya había dado un detallado ejemplo de esto en «Sobre el psicoanálisis "silvestre"» (1910k).]

dato por él, y apenas distinguíamos entre nuestro saber y el suyo. Considerábamos una particular suerte obtener de otras personas información sobre el trauma infantil olvidado, fueran ellas los padres, los encargados de la crianza o el propio seductor, como era posible en algunos casos; y nos apresurábamos a poner en conocimiento del enfermo la noticia y las pruebas de su exactitud, con la segura expectativa de llevar así neurosis y tratamiento a un rápido final. Serio desengaño: el éxito esperado no se producía. ¿Cómo podía ser que el enfermo, conociendo ahora su vivencia traumática, se comportara empero como si no supiera más que antes? Ni siquiera el recuerdo del trauma reprimido quería aflorar tras su comunicación y descripción.

En cierto caso, la madre de una muchacha histérica me reveló la vivencia homosexual a la que cupo gran influjo sobre la fijación de los ataques de aquella. La madre misma había sorprendido la escena, pero la enferma la tenía totalmente olvidada, y eso que pertenecía ya a los años de la pre-pubertad. Pude hacer entonces una instructiva experiencia. Todas las veces que le repetía el relato de la madre, ella reaccionaba con un ataque histérico, tras el cual la comunicación quedaba olvidada de nuevo. No cabía ninguna duda de que la enferma exteriorizaba una violentísima resistencia a un saber que le era impuesto; al fin simuló estupidez y total pérdida de la memoria, para protegerse de mis comunicaciones. Fue preciso entonces quitar al saber como tal el significado que se pretendía para él, y poner el acento sobre las resistencias que en su tiempo habían sido la causa del no saber y ahora estaban aprontadas para protegerlo. El saber conciente era sin duda impotente contra esas resistencias, y ello aunque no fuera expulsado de nuevo.¹⁷

Para la llamada «psicología normal» permanece inexplicada la asombrosa conducta de la enferma, que se ingeniaba para aunar un saber conciente con el no saber. Al psicoanálisis, sobre la base de su reconocimiento de lo inconciente, no le depara dificultad alguna; y, por otra parte, el fenómeno descrito se cuenta entre los mejores apoyos de una concepción que aborda los procesos psíquicos diferenciados tópicamente. Y es que los enfermos saben sobre la vivencia reprimida en su pensar, pero a este último le falta la conexión con aquel lugar donde se halla de algún modo el recuerdo reprimido. Sólo puede sobrevenir una alteración

¹⁷ [La elucidación que hace Freud de un caso semejante en *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, pág. 281, muestra bien a las claras cuán distintas eran sus concepciones sobre este tema en el período de Breuer.]

si el proceso conciente del pensar avanza hasta ese lugar y vence ahí las resistencias de la represión. Es como si el Ministerio de Justicia hubiera promulgado un edicto según el cual los delitos juveniles deben juzgarse con mayor lenidad. El trato dispensado a cada uno de los delincuentes juveniles no cambiará hasta que no se notifique de ese edicto a los diversos jueces de distrito; tampoco, si estos no tienen el propósito de obedecerlo, sino que prefieren juzgar según su propio entendimiento. Pero agreguemos, a modo de enmienda, que la comunicación conciente de lo reprimido no deja de producir efectos en el enfermo. Claro que no exteriorizará los efectos deseados —poner término a los síntomas—, sino que tendrá otras consecuencias. Primero incitará resistencias, pero luego, una vez vencidas estas, un proceso de pensamiento en cuyo decurso terminará por producirse el esperado influjo sobre el recuerdo inconciente.¹⁸

Ya es tiempo de obtener un panorama sobre el juego de fuerzas que ponemos en marcha mediante el tratamiento. 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 el curso del análisis, es mucho lo que se debita de la magnitud de esta fuerza pulsional, sobre todo la ganancia secundaria de la enfermedad. [Cf. pág. 134*n*.] Pero esta fuerza pulsional misma, de la cual cada mejoría trae aparejada su disminución, tiene que conservarse hasta el final. Ahora bien, por sí sola es incapaz de eliminar la enfermedad; para ello le faltan dos cosas: no conoce los caminos que se deben recorrer hasta ese término, y no suministra los montos de energía necesarios contra las resistencias. El tratamiento analítico remedia ambos déficit. En cuanto a las magnitudes de afecto requeridas para vencer las resistencias, las suple movilizando las energías apropiadas 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, pero ello de manera sólo provisional, mientras ella misma subsista. Así sería sólo un tratamiento sugestivo, no un psicoanálisis.

¹⁸ [La diferenciación tópica entre representaciones concientes e inconcientes ya había sido examinada en el historial del pequeño Hans (1909*b*), *AE*, **10**, págs. 98-9, y hay una referencia implícita a ella en «Sobre el psicoanálisis "silvestre"» (1910*k*), *AE*, **11**, pág. 225. Las dificultades e insuficiencias de este esquema fueron consignadas unos dos años después de publicado el presente trabajo, en las secciones II y VII de «Lo inconciente» (1915*e*), donde se propuso una concepción más profundizada de ese distinguo.]

Merecerá este último nombre únicamente si la transferencia ha empleado su intensidad para vencer las resistencias. Es que sólo en ese caso se vuelve imposible la condición de enfermo, por más que la transferencia, como lo exige su destinación, haya vuelto a disolverse.

Además, en el curso del tratamiento es despertado otro factor propiciador: el interés intelectual y la inteligencia del enfermo. Sólo que apenas cuenta frente a las otras fuerzas que se combaten entre sí; lo amenaza de continuo una desvalorización debida al enturbiamiento del juicio por obra de las resistencias. Restan, pues, transferencia e instrucción (en virtud de la comunicación) como las nuevas fuentes de fuerza que el enfermo debe al analista. Empero, de la instrucción se vale sólo en la medida en que es movido a ello por la transferencia, y por eso la primera comunicación debe aguardar hasta que se haya establecido una fuerte transferencia; y agreguemos: las posteriores deben hacerlo hasta que se elimine, en cada caso, la perturbación producida por la aparición, siguiendo una serie, de las resistencias transferenciales.¹⁹

¹⁹ [El problema del mecanismo de la terapia psicoanalítica y, en particular, de la transferencia fue considerado con más detenimiento en la 27ª y la 28ª de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17).]

Recordar, repetir y reelaborar
(Nuevos consejos sobre la técnica
del psicoanálisis, II)
(1914)

Nota introductoria

«Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten
(Weitere Ratschläge zur Technik
der Psychoanalyse, II)»

Ediciones en alemán

- 1914 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, **2**, n.º 6, págs. 485-91.
1918 *SKSN*, **4**, págs. 441-52. (1922, 2.ª ed.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 109-19.
1925 *GS*, **6**, págs. 109-19.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 385-96.
1946 *GW*, **10**, págs. 126-36.
1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario},
págs. 205-15.

*Traducciones en castellano **

- 1930 «Recuerdo, repetición y elaboración». *BN* (17 vols.), **14**, págs. 174-84. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **14**, págs. 179-89. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **2**, págs. 345-50. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **14**, págs. 139-46. El mismo traductor.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), **2**, págs. 437-42. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **5**, págs. 1683-8. El mismo traductor.

En su publicación original, a fines de 1914, el título de este artículo rezaba: «Weitere Ratschläge zur Technik der

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xv y n. 6.}

Psychoanalyse: II. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten» {«Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis: II. Recordar, repetir y reelaborar»}. A partir de 1924, las ediciones en alemán adoptaron el título abreviado.

Aparte de su interés técnico, este trabajo es destacable porque en él aparecen por primera vez los conceptos de «compulsión de repetición» (pág. 152) y de «reelaboración» (pág. 157).

James Strachey

No me parece ocioso recordar una y otra vez a los estudiantes las profundas alteraciones que la técnica psicoanalítica ha experimentado desde sus comienzos. Al principio, en la fase de la catarsis breueriana, se enfocó directamente el momento de la formación de síntoma y hubo un empeño, mantenido de manera consecuente, por hacer reproducir {*reproduzieren*} los procesos psíquicos de aquella situación a fin de guiarlos para que tuvieran su decurso a través de una actividad conciente. Recordar y abreaccionar eran en aquel tiempo las metas que se procuraba alcanzar con auxilio del estado hipnótico. Luego, después que se renunció a la hipnosis, pasó a primer plano la tarea de colegir desde las ocurrencias libres del analizado aquello que él denegaba recordar. Se pretendía sortear la resistencia mediante el trabajo interpretativo y la comunicación de sus resultados al enfermo; así se mantenía el enfoque sobre las situaciones de la formación de síntoma y sobre aquellas otras que se averiguaban presentes detrás del momento en que se contrajo la enfermedad; en cambio, la abreacción era relegada y parecía sustituida por el gasto de trabajo que el analizado tenía que prestar al vencer, como le era prescrito (por la obediencia a la regla nº 1 * fundamental), la crítica a sus ocurrencias. Por último, se plasmó la consecuente técnica que hoy empleamos: 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 concientes. Así se establece una nueva modalidad de división del trabajo: el médico pone en descubierto las resistencias desconocidas para el enfermo; dominadas ellas, el paciente narra con toda facilidad las situaciones y los nexos olvidados. Desde luego que la meta de estas técnicas ha permanecido idéntica. En términos descriptivos:

* {Abreviatura, poco usual en Freud, de «psicoanalítica».}

llenar las lagunas del recuerdo; en términos dinámicos: vencer las resistencias de represión.

Hay que agradecer siempre a la vieja técnica hipnótica que nos exhibiera ciertos procesos psíquicos del análisis en su aislamiento y esquematización. Sólo en virtud de ello pudimos cobrar la osadía de crear nosotros mismos situaciones complejas en la cura analítica, y mantenerlas transparentes.

El recordar, en aquellos tratamientos hipnóticos, cobraba una forma muy simple. El paciente se trasladaba a una situación anterior, que no parecía confundir nunca con la situación presente; comunicaba los procesos psíquicos de ella hasta donde habían permanecido normales, y agregaba lo que pudiera resultar por la trasposición de los procesos entonces inconcientes en concientes.

Intercalo ahora algunas observaciones que todo analista ha hallado corroboradas en su experiencia.¹ El olvido de impresiones, escenas, vivencias, se reduce las más de las veces a un «bloqueo» de ellas. Cuando el paciente se refiere a este olvido, rara vez omite agregar: «En verdad lo he sabido siempre, sólo que no me pasaba por la cabeza». Y no es infrecuente que exteriorice su desengaño por no ocurrírsele bastantes cosas que pudiera reconocer como «olvidadas», o sea, en las que nunca hubiera vuelto a pensar después que sucedieron. Sin embargo, también esta añoranza resulta satisfecha, sobre todo en las histerias de conversión. El «olvido» experimenta otra restricción al apreciarse los recuerdos encubridores, de tan universal presencia. En muchos casos he recibido la impresión de que la consabida amnesia infantil, tan sustantiva para nuestra teoría, 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. Sólo hace falta saber desarrollarlo desde ellos por medio del análisis. Representan {*repräsentieren*} tan acabadamente a los años infantiles olvidados como el contenido manifiesto del sueño a los pensamientos oníricos.

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

¹ [En la primera edición, este párrafo y los tres siguientes (que constituyen la «intercalación») aparecían impresos en un tipo de letra más pequeño.]

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 conciente; además, para el decurso psíquico no parece tener importancia alguna que uno de esos «nexos» fuera conciente y luego se olvidara, o no hubiera llegado nunca a la conciencia. El convencimiento que el enfermo adquiere en el curso del análisis es por completo independiente de cualquier recuerdo de esa índole.

En las diversas formas de la neurosis obsesiva, en particular, lo olvidado se limita las más de las veces a disolución de nexos, desconocimiento de consecuencias, aislamiento de recuerdos.

Para un tipo particular de importantísimas vivencias, sobreenvidadas en épocas muy tempranas de la infancia y que en su tiempo no fueron entendidas, pero han hallado inteligencia e interpretación *con efecto retardado* {*nachträglich*}, la mayoría de las veces es imposible despertar un recuerdo. Se llega a tomar noticia de ellas a través de sueños, y los más probatorios motivos extraídos de la ensambladura de la neurosis lo fuerzan a uno a creer en ellas; hasta es posible convencerse de que el analizado, superadas sus resistencias, no aduce contra ese supuesto la falta del sentimiento de recuerdo (sensación de familiaridad). Comoquiera que fuese, este tema exige tanta precaución crítica, y aporta tantas cosas nuevas y sorprendentes, que lo reservo para tratarlo en forma especial con materiales apropiados.²

Cuando aplicamos la nueva técnica resta muy poco, nada muchas veces, de aquel decurso de alentadora tersura.³ Es cierto que se presentan casos que durante un trecho se comportan como en la técnica hipnótica, y sólo después se deniegan; pero otros tienen desde el comienzo un comportamiento diverso. Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior, podemos decir que el ana-

² [Esta es, desde luego, una referencia al «Hombre de los Lobos» y al sueño que este tuvo a los cuatro años de edad. Freud acababa de terminar su análisis, y es probable que redactase el historial clínico más o menos simultáneamente con la preparación del presente trabajo, aunque aquel se publicó sólo cuatro años más tarde (1918b). Antes de eso, empero, abordó el examen de esta clase especial de recuerdos infantiles en la 23ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, 16, págs. 334-8.]

³ [Freud retoma la argumentación donde la había dejado antes de la intercalación precedente.]

lizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*.⁴ 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. No recuerda haberse quedado atascado, presa de desconcierto y desamparo, en su investigación sexual infantil, pero presenta una acumulación de sueños confusos, se lamenta de que nada le sale bien y, proclama, es su destino no acabar nunca ninguna empresa. No se acuerda de haber sentido intensa vergüenza por ciertos quehaceres sexuales, ni de haber temido que lo descubrieran, pero manifiesta avergonzarse del tratamiento a que ahora se somete y procura mantenerlo en secreto frente a todos.

En especial, él *empieza* la cura con una repetición así. A menudo, tras comunicar a cierto paciente de variada biografía y prolongado historial clínico la regla fundamental del psicoanálisis, y exhortarlo luego a decir todo cuanto se le ocurra, uno espera que sus comunicaciones afluyan en torrente, pero experimenta, al principio, que no sabe decir palabra. Calla, y afirma que no se le ocurre nada. Esta no es, desde luego, sino la repetición de una actitud homosexual que se esfuerza hacia el primer plano como resistencia a todo recordar.⁵ Y durante el lapso que permanezca en tratamiento no se liberará de esta compulsión de repetición,⁶ uno comprende, al fin, que esta es su manera de recordar.

Por supuesto que lo que más nos interesa es la relación de esta compulsión de repetir con la transferencia y la resistencia. Pronto advertimos 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 pre-

⁴ [Esto había sido señalado por Freud mucho antes, en su «Epílogo» al análisis de «Dora» (1905e), *AE*, 7, pág. 104, donde considera el tema de la transferencia.]

⁵ [Cf. «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *supra*, pág. 139.]

⁶ [Esta es, aparentemente, la primera vez que Freud menciona el concepto, que en un sentido más general habría de tener tan importante cometido en su posterior doctrina de las pulsiones. Referido, como aquí, a su aplicación clínica, se lo encuentra nuevamente en «Lo ominoso» (1919b), *AE*, 17, pág. 238, y forma parte de las pruebas aducidas en apoyo de la tesis general de *Más allá del principio de placer* (1920g), *AE*, 18, págs. 18 y sigs., donde se remite a este trabajo.]

sente. Por eso tenemos que estar preparados para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora al impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico, sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida —p. ej., si durante la cura elige un objeto de amor, toma a su cargo una tarea, inicia una empresa—. Tampoco es difícil discernir la participación de la resistencia. Mientras mayor sea esta, tanto más será sustituido el recordar por el actuar (repetir). En efecto, en la hipnosis, el recordar ideal de lo olvidado corresponde a un estado en que la resistencia ha sido por completo abolida. Si la cura empieza bajo el patronazgo de una transferencia suave, positiva y no expresada, 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 enseguida al actuar. Y a partir de ese punto las resistencias comandan la secuencia de lo que se repetirá. El enfermo extrae del arsenal del pasado las armas con que se defiende de la continuación de la cura, y que nos es preciso arrancarle pieza por pieza.

Tenemos dicho que el analizado repite en vez de recordar, y repite bajo las condiciones de la resistencia; ahora estamos autorizados a preguntar: ¿Qué repite o actúa, en verdad? He aquí la respuesta: 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. En este punto podemos advertir que poniendo de relieve la compulsión de repetición no hemos obtenido ningún hecho nuevo, sino sólo una concepción más unificadora. Y caemos en la cuenta de que la condición de enfermo del analizado no puede cesar con el comienzo de su análisis, y que no debemos tratar su enfermedad como un episodio histórico, sino como un poder actual. Esta condición patológica va entrando pieza por pieza dentro del horizonte y del campo de acción de la cura, y mientras el enfermo lo vivencia como algo real-objetivo y actual, tenemos nosotros que realizar el trabajo terapéutico, que en buena parte consiste en la reconducción al pasado.

El hacer recordar dentro de la hipnosis no podía menos que provocar la impresión de un experimento de laboratorio. El hacer repetir en el curso del tratamiento analítico, según esta técnica más nueva, equivale a convocar un frag-

mento de 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».

La introducción del tratamiento conlleva, particularmente, que el enfermo cambie su actitud conciente frente a la enfermedad. Por lo común se ha conformado con lamentarse de ella, despreciarla como algo sin sentido, menospreciarla en su valor, pero en lo demás ha prolongado frente a sus exteriorizaciones la conducta represora, la política del avestruz, que practicó contra los orígenes de ella. Puede suceder entonces que no tenga noticia formal sobre las condiciones de su fobia, no escuche el texto correcto de sus ideas obsesivas o no aprehenda el genuino propósito de su impulso obsesivo.⁷ Para la cura, desde luego, ello no sirve. Es preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad. Ya no tiene permitido considerarla algo despreciable; más bien será un digno oponente, un fragmento de su ser que se nutre de buenos motivos y del que deberá espigar algo valioso para su vida posterior. Así es preparada desde el comienzo la reconciliación con eso reprimido que se exterioriza en los síntomas, pero también se concede cierta tolerancia a la condición de enfermo. Si en virtud de esta nueva relación con la enfermedad se agudizan conflictos y resaltan al primer plano unos síntomas que antes eran casi imperceptibles, uno puede fácilmente consolar de ello al paciente puntualizándole que son unos empeoramientos necesarios, pero pasajeros, y que no es posible liquidar a un enemigo ausente o que no esté lo bastante cerca. Sin embargo, la resistencia puede explotar la situación para sus propósitos o querer abusar del permiso de estar enfermo. Parece hacer una demostración: «¡Mira lo que resulta de ahí, si yo no intervengo realmente en esas cosas! ¿No he hecho bien en entregarlas a la represión?». Jóvenes y niños, en particular, suelen aprovechar la tolerancia de la condición de enfermo que la cura requiere para regodearse en los síntomas patológicos.

Ulteriores peligros nacen por el 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 ac-

⁷ [Se hallarán ejemplos en los historiales clínicos del pequeño Hans (1909b), *AE*, 10, pág. 101, y del «Hombre de las Ratas» (1909d), *AE*, 10, pág. 174.]

ciones 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 salud.

Es fácil de justificar la táctica que el médico seguirá en esta situación. Para él, el recordar a la manera antigua, el reproducir en un ámbito psíquico, sigue siendo la meta, aunque sepa que con la nueva técnica no se lo puede lograr. 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, 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 mejor modo de salvar al enfermo de los perjuicios que le causaría la ejecución de sus impulsos es comprometerlo a no adoptar durante la cura ninguna decisión de importancia vital (p. ej., abrazar una profesión o escoger un objeto definitivo de amor); que espere, para cualquiera de tales propósitos, el momento de la curación.

Desde luego que de la libertad personal del analizado se respeta lo conciliable con tales previsiones; no se le estorba ejecutar propósitos irrelevantes, aunque sean disparatados, y tampoco se olvida que el ser humano sólo escarmienta y se vuelve prudente por experiencia propia. Sin duda, también hay enfermos a los que no se puede disuadir de embarcarse durante el tratamiento en aventuradas empresas, totalmente inadecuadas, y sólo tras ejecutarlas se volverán dóciles y accesibles para la cura psicoanalítica. En ocasiones, puede ocurrir aun que no se tenga tiempo de refrenar con la transferencia las pulsiones silvestres, o que el paciente, en una acción de repetición, desgare el lazo que lo ata al tratamiento. Puedo mencionar, como ejemplo extremo, el caso de una dama anciana que repetidas veces, en un estado crepuscular, había abandonado su casa y a su marido, y huido a alguna parte, sin que nunca le deviniera conciente un motivo para esta «evasión». Inició tratamiento conmigo en una transferencia tierna bien definida, la acrecentó de una manera ominosamente rápida en los primeros días, y al cabo de una semana también se «evadió» de mí, antes que yo hubiera tenido tiempo de decirle algo capaz de impedirle esa repetición.

Ahora bien, el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y trasformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. Volvemos 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 *{Entgegenkommen}* de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado trasferencial,⁸ sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia,⁹ 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. El nuevo estado ha asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquiera a nuestra intervención. Al mismo tiempo es un fragmento del vivenciar real-objetivo, pero posibilitado por unas condiciones particularmente favorables, y que posee la naturaleza de algo provisional. De las reacciones de repetición,¹⁰ que se muestran en la transferencia, los caminos consabidos llevan luego al despertar de los recuerdos, que, vencidas las resistencias, sobrevienen con facilidad.

Podría interrumpir aquí, si el título de este ensayo no me obligara a exponer otra pieza de la técnica analítica. El vencimiento de la resistencia comienza, como se sabe, con el acto de ponerla en descubierto el médico, pues el analizado nunca la discierne, y comunicársela a este. Ahora bien, parece que principiantes en el análisis se inclinan a confundir este comienzo con el análisis en su totalidad. A menudo me han llamado a consejo para casos en que el médico se quejaba de haber expuesto al enfermo su resistencia, a pesar de lo cual nada había cambiado o, peor, la resistencia había cobrado más fuerza y toda la situación se había

⁸ [*«Übertragungsbedeutung»*; en las ediciones anteriores a 1924 rezaba aquí *«Übertragungsbedingung»* {«condición trasferencial»}.]

⁹ [El vínculo entre este uso particular de la expresión y el corriente (como designación de las histerias y la neurosis obsesiva) se indica en la 27ª de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, 16, pág. 404.]

¹⁰ [En la primera edición decía «acciones de repetición».]

vuelto aún menos transparente. La cura parecía no dar un paso adelante. Luego, esta expectativa sombría siempre resultó errónea. Por regla general, la cura se encontraba en su mayor progreso; sólo que el médico había olvidado que nombrar la resistencia no puede producir su cese inmediato. Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él;¹¹ para *reelaborarla* (*iurcharbciten*), vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Sólo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia. En esas circunstancias, el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado. Ateniéndose a esta intelección, se ahorrará a menudo el espejismo de haber fracasado cuando en verdad ha promovido el tratamiento siguiendo la línea correcta.

En la práctica, esta reelaboración de las resistencias puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el médico. 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. En teoría se la puede equiparar a la «abreacción» de los montos de afecto estrangulados por la represión, abreacción sin la cual el tratamiento hipnótico permanece infructuoso.¹²

¹¹ [...*sich in dem ihm unbekanntem Widerstand zu vertiefen*]. En la primera edición, en vez de «*unbekanntem*» se leía «*nun bekannten*». (Antes de la modificación, el texto rezaba: «...para enfrascarse en esta resistencia que ahora le es consabida».)

¹² [El concepto de «reelaboración», introducido en el presente trabajo, se relaciona evidentemente con la «inercia psíquica», a la que Freud dedica varios pasajes. Algunos de ellos se mencionan en una nota mía de «Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica» (1915f), *AE*, **14**, pág. 272. En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d), *AE*, **20**, págs. 149-50, la necesidad de la reelaboración es atribuida a la resistencia de lo inconsciente (o del ello), tema al cual se vuelve en «Análisis terminable e interminable» (1937c), *AE*, **23**, págs. 243-4.]

Puntualizaciones sobre el amor de transferencia

(Nuevos consejos sobre la técnica
del psicoanálisis, III)

(1915 [1914])

Nota introductoria

«Bemerkungen über die Übertragungsliebe
(Weitere Ratschläge zur Technik
der Psychoanalyse, III)»

Ediciones en alemán

- 1915 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, **3**, nº 1, págs. 1-11.
1918 *SKSN*, **4**, págs. 453-69. (1922, 2ª ed.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 120-35.
1925 *GS*, **6**, págs. 120-35.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 385-96.
1946 *GW*, **10**, págs. 306-21.
1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario},
págs. 217-30.

*Traducciones en castellano **

- 1930 «Observaciones sobre el “amor de transferencia”». *BN* (17 vols.), **14**, págs. 185-99. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **14**, págs. 191-205. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **2**, págs. 350-6. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **14**, págs. 147-58. El mismo traductor.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), **2**, págs. 442-8. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **5**, págs. 1689-96. El mismo traductor.

En su primera publicación, a comienzos de 1915, el título de este trabajo rezaba: «Weitere Ratschläge zur Tech-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xv y n. 6.}

nik der Psychoanalyse: III. Bemerkungen über die Übertragungsliebe» {«Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis: III. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia»}. Con posterioridad a 1924, las ediciones en alemán adoptaron el título abreviado.

Nos informa el doctor Ernest Jones (1955, pág. 266) que, a juicio de Freud, este era el mejor de la presente serie de trabajos sobre técnica. La carta que Freud dirigió a Ferenczi el 13 de diciembre de 1931, en relación con las innovaciones técnicas introducidas por este último, constituye un interesante complemento. Dicha carta fue publicada por Jones en el tercer volumen de su biografía de Freud (Jones, 1957, págs. 174 y sigs.).

James Strachey

Acaso todo principiante en el psicoanálisis tema al comienzo las dificultades que le depararán la interpretación de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido. Pero pronto aprenderá a tenerlas en poco y a convencerse, en cambio, de que las únicas realmente serias son aquellas con las que se tropieza en el manejo de la transferencia.

De las situaciones que ella produce seleccionaré una, bien circunscrita, tanto en razón de su frecuencia y real importancia cuanto de su interés teórico. Me refiero al caso en que una paciente mujer deja colegir por inequívocos indicios, o lo declara de manera directa, que, como cualquier frágil mujer, se ha enamorado del médico que la analiza. Esta situación tiene sus lados penosos y cómicos, y también sus lados serios; además, es tan enmarañada y de condicionamiento tan múltiple, tan inevitable y de solución tan difícil, que su estudio (adeudado desde hace mucho tiempo) habría llenado una necesidad vital de la técnica analítica. Pero como nosotros no siempre estamos libres de cometer los errores de los que nos burlamos en los demás, no nos hemos apresurado hasta ahora a cumplir esa tarea. Una y otra vez tropezamos aquí con el deber de la discreción médica, un deber inexcusable en la vida, pero ocioso en nuestra ciencia. Y puesto que la bibliografía psicoanalítica pertenece también a la vida real, de ahí nace una insoluble contradicción. Hace poco he infringido en un punto esa discreción para indicar cómo la mencionada situación transferencial aplazó el desarrollo de la terapia psicoanalítica en su primer decenio.¹

Para el lego bien educado —que tal cosa es, frente al psicoanálisis, el hombre culto ideal—, los episodios amorosos son incommensurables con los de cualesquiera otra índole; se sitúan, por así decir, en una página especial que no admite ninguna otra escritura. Y entonces, si la pacien-

¹ En la primera sección de mi «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*) [AE, 14, pág. 11; allí se mencionan las dificultades transferenciales de Breuer en el caso de Anna O.].

te se ha enamorado del médico, el lego pensará que sólo dos desenlaces son posibles: uno más raro, en que todas las circunstancias consintieran la unión legítima y permanente de ambos, y otro más común, en que médico y paciente se separarían, abandonando el recién iniciado trabajo que debía servir al restablecimiento, como si un accidente elemental lo hubiera perturbado. Claro está, también es concebible un tercer desenlace, que hasta parece conciliable con la prosecución de la cura: el anudamiento de relaciones amorosas ilegítimas, y no destinadas a ser eternas; pero lo vuelven imposible tanto la moral civil como la dignidad médica. El lego, sin embargo, rogaría que el analista lo tranquilizara asegurándole, lo más claramente posible, que este tercer caso queda excluido.

Es evidente que el punto de vista del psicoanalista tiene que ser diverso.

Supongamos el caso del segundo desenlace de la situación considerada: el médico y la paciente se alejan tras enamorarse ella de él; la cura es resignada. Pero el estado de la paciente pronto vuelve necesario un segundo intento analítico con otro médico; y hete aquí que de nuevo se enamora de este segundo médico; y de igual modo, si interrumpe y recomienza, del tercero, etc. Este hecho, de segura ocurrencia y que, según es notorio, constituye una de las bases de la teoría psicoanalítica, admite dos valoraciones: una para el médico que analiza y otra para la paciente necesitada del análisis.

Para el médico significa un esclarecimiento valioso y una buena prevención de una contrasferencia acaso aprontada en él.² Tiene que discernir que el enamoramiento de la paciente le ha sido impuesto por la situación analítica y no se puede atribuir, digamos, a las excelencias de su persona; que, por tanto, no hay razón para que se enorgullezca de semejante «conquista», como se la llamaría fuera del análisis. Y siempre es bueno estar sobre aviso de ello. Para la paciente, en cambio, se plantea una alternativa: debe renunciar a todo tratamiento psicoanalítico, o consentir su enamoramiento del médico como un destino inevitable.³

² [El problema de la «contrasferencia» ya había sido planteado por Freud en «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica» (1910*d*), *AE*, **11**, pág. 136. Lo retoma en el presente trabajo, págs. 168-9 y 172-3. Aparte de estos pasajes, es difícil encontrar otro examen expreso de la cuestión en sus obras publicadas.]

³ Que la transferencia puede exteriorizarse en otros sentimientos, menos tiernos, es algo consabido, y no lo trataremos en este ensayo. [Cf. «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912*b*), *supra*, pág. 102.]

No dudo de que los parientes de ella se declararán partidarios de la primera posibilidad con igual decisión que el médico analista por la segunda. Pero, opino, he ahí un caso en que la decisión no se puede dejar en manos de la tierna —o más bien celosa y egoísta— preocupación de los parientes. Sólo el interés de la enferma debiera prevalecer. Es que el amor de los parientes no puede sanar neurosis alguna. Al psicoanalista no le hace falta ser entremetido, pero tiene derecho a proclamarse indispensable para ciertos logros. El pariente que haga suya la posición de Tolstoi frente a este problema podrá, sí, permanecer en la posesión imperturbada de su mujer o de su hija, pero tendrá que buscar la manera de aguantar que ella conserve su neurosis y la perturbación de la capacidad de amar que esta conlleva. En definitiva, el caso es parecido al del tratamiento ginecológico. Por lo demás, el padre o el marido celosos se equivocan grandemente si creen que, haciéndole emprender a la paciente un tratamiento diverso del analítico para combatir su neurosis, evitarán que se enamore del médico. La única diferencia consistirá en que ese enamoramiento, destinado a permanecer inexpreso y no analizado, jamás podrá prestar al restablecimiento de la paciente la contribución que el análisis le extraería.

Según he sabido, ciertos médicos que practican el análisis preparan con frecuencia⁴ a sus pacientes mujeres para la aparición de la transferencia amorosa, y hasta las exhortan a «enamorarse del médico sólo para que el análisis marche adelante». No me resulta fácil imaginarme una técnica más disparejada. Así se le quita al fenómeno el carácter convincente de lo espontáneo, y uno se crea obstáculos de difícil remoción.⁵

Es cierto que a primera vista no parece que del enamoramiento en la transferencia pudiera nacer algo auspicioso para la cura. La paciente, aun la más dócil hasta entonces, ha perdido de pronto toda inteligencia del tratamiento y todo interés por él, no quiere hablar ni oír más que de su amor, demanda que le sea correspondido; ha resignado sus síntomas o los desprecia, y hasta se declara sana. Sobreviene un total cambio de vía de la escena, como un juego dramático que fuera desbaratado por una realidad que irrumpie súbitamente (p. ej., una función teatral suspendida al

⁴ [«Häufig»; en la primera edición decía aquí «frühzeitig» {«tempranamente»}.]

⁵ [En la primera edición, este párrafo (que tiene el carácter de un paréntesis) estaba impreso en un tipo de letra más pequeño.]

grito de «¡Fuego!»). El médico que lo vivencie por primera vez no hallará fácil mantener la situación analítica y sustraerse del espejismo de que el tratamiento ha llegado efectivamente a su término.

Luego, meditando un poco, uno se orienta. Sobre todo, concibe una sospecha: cuanto estorbe proseguir la cura puede ser la exteriorización de una resistencia.⁶ Y en el surgimiento de esa apasionada demanda de amor la resistencia tiene sin duda una participación grande. Es que desde hacía tiempo uno había observado en la paciente los signos de una transferencia tierna, y con acierto pudo imputar a esa actitud frente al médico su docilidad, su favorable acogida a las explicaciones del análisis, su notable comprensión y la elevada inteligencia que así demostraba. Todo ello ha desaparecido como por encanto: la enferma ya no intelige nada, parece absorta en su enamoramiento, y semejante mudanza sobreviene con toda regularidad en un punto temporal en que fue preciso alentarla a admitir o recordar un fragmento muy penoso y fuertemente reprimido de su biografía. Vale decir, el enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura, apartar del trabajo todo interés y sumir al médico analista en un penoso desconcierto.

Si se lo mira mejor, uno puede discernir también en la situación el influjo de motivos que la complican; en parte derivan del enamoramiento, pero en parte son exteriorizaciones singulares de la resistencia. De la primera índole es el afán de la paciente por asegurarse de que es irresistible, por quebrantar la autoridad del médico rebajándolo a la condición de amado, y por todo cuanto pueda resultar atractivo como ganancia colateral de la satisfacción amorosa. De la resistencia, es lícito conjeturar que en ocasiones aprovechará la declaración de amor como un medio para poner a prueba al riguroso analista, quien en caso de condescender recibiría una reconvención. Pero, sobre todo, uno tiene la impresión de que la resistencia, como *agent provocateur*, acrecienta el enamoramiento y exagera la buena disposición a la entrega sexual a fin de justificar, invocando los peligros de semejante desenfreno, la acción eficaz de la represión.⁷ Todo este andamiaje, que también puede faltar en

⁶ [Freud había enunciado esto en términos aún más categóricos en la primera edición de *La interpretación de los sueños* (1900a), AE, 5, pág. 511, pero en 1925 agregó allí una extensa nota al pie en la que aclaraba su significado y a la vez reconocía que su formulación anterior tenía cierto grado de exageración.]

⁷ [Cf. «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), *supra*, pág. 154.]

casos más puros, ha sido considerado por Alfred Adler, bien lo sabemos, como lo esencial del proceso.⁸

Ahora bien, ¿de qué modo debe comportarse el analista para no fracasar en esta situación, si es cosa para él decidida que la cura tiene que abrirse paso a pesar de esta transferencia amorosa y a través de ella?

En este punto me resultaría fácil postular, por expresa insistencia en la moral universalmente válida, que el analista jamás tiene derecho a aceptar la ternura que se le ofrece ni a responder a ella. Y que, al contrario, debería considerar llegado el momento de abogar ante la mujer enamorada por el reclamo ético y la necesidad de la renuncia, conseguir que abandone su apetencia y, venciendo la parte animal de su yo, prosiga el trabajo analítico.

Pero yo no satisfaré tales expectativas; ni la primera ni la segunda parte de ellas. La primera no, porque no escribo para la clientela, sino para médicos que tienen que luchar con dificultades serias, y porque además puedo reconducir aquí el precepto moral a su origen, vale decir, a su condición de adecuado al fin. Esta vez me encuentro en la feliz situación de sustituir la imposición moral por unos miramientos de la técnica analítica, sin alterar el resultado.

De manera aún más resuelta desdejaré la segunda parte de la expectativa indicada. Exhortar a la paciente, tan pronto como ella ha confesado su transferencia de amor, a sofocar lo pulsional, a la renuncia y a la sublimación, no sería para mí un obrar analítico, sino un obrar sin sentido. Sería lo mismo que hacer subir un espíritu del mundo subterráneo, con ingeniosos conjuros, para enviarlo de nuevo ahí abajo sin inquirirle nada. Uno habría llamado lo reprimido a la conciencia sólo para reprimirlo de nuevo, presa del terror. Además, no cabe hacerse ilusiones sobre el resultado de semejante proceder. Es bien sabido: contra las pasiones de poco valen unos sublimes discursos. La paciente sólo sentirá el desaire, y no dejará de vengarse.

Tampoco puedo aconsejar un camino intermedio, que quizá pudiera parecer a muchos particularmente sabio, consistente en que uno afirme corresponder a los sentimientos tiernos de la paciente, esquivando los quehaceres corporales de esa ternura, hasta que pueda guiar la relación por sendas más calmas y elevarla a un estadio superior. A semejante expediente le objeto que el tratamiento psicoanalítico se edifica sobre la veracidad. En ello se cifra buena parte de su efecto pedagógico y de su valor ético. Es peligroso aban-

⁸ [Cf. Adler (1911*b*, pág. 219).]

donar ese fundamento. Quien se ha compenetrado con la técnica analítica ya no acierta con la mentira ni con el fingimiento, indispensables al médico en otros campos, y suele traicionarse cuando los intenta con el mejor de los propósitos. Puesto que uno exige del paciente la más rigurosa veracidad, pone en juego su autoridad íntegra si se deja pillar por él en una falta a la verdad. Por otra parte, el experimento de dejarse deslizar por unos sentimientos tiernos hacia la paciente conlleva, asimismo, sus peligros. Uno no se gobierna tan bien que de pronto no pueda llegar más lejos de lo que se había propuesto. Opino, pues, que no es lícito desmentir la indiferencia que, mediante el sofrenamiento de la contratrasferencia, uno ha adquirido.

Ya he dejado colegir que la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; sólo que con ello no me refiero a la privación corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, pues quizá ningún enfermo lo toleraría. Lo que yo quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados. Es que uno no podría ofrecer otra cosa que subrogados, puesto que la enferma, a consecuencia de su estado y mientras no hayan sido levantadas sus represiones, será incapaz de lograr una efectiva satisfacción.

Admitamos que el principio según el cual la cura analítica debe realizarse en la privación rebasa con mucho el caso singular aquí considerado y requiere de un examen a fondo, merced al cual se tracen las fronteras de su aplicabilidad.⁹ Pero evitaremos hacerlo aquí, y en todo lo posible nos ceñiremos a la situación de la cual hemos partido. ¿Qué sucedería si el médico obrara de otro modo y, por ejemplo, aprovechara la libertad dada a ambas partes para corresponder al amor de la paciente y saciar su necesidad de ternura?

Si al hacerlo calculara que en virtud de tal solicitud {*Entgegenkommen*} aseguraría su imperio sobre la paciente, moviéndola así a solucionar las tareas de la cura, vale decir, que ganaría su liberación permanente de la neurosis, la experiencia por fuerza le mostraría que ha hecho un falso cálculo. La paciente alcanzaría su meta, nunca él la suya.

⁹ [Este tema es retomado en «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919*a*)». *AE*, 17, págs. 158-9.]

Simplemente habría vuelto a desarrollarse, entre médico y paciente, lo que una divertida historia narra sobre el pastor y el agente de seguros. Este es un incrédulo; gravemente enfermo, sus diligentes allegados le traen a un hombre piadoso para que lo convierta a la fe antes de morir. Y la plática entre ambos se prolonga tanto que hace concebir esperanzas a quienes aguardan el resultado. Al fin, la puerta de la habitación del enfermo se abre. El incrédulo no había sido convertido, pero el pastor salía con un seguro de vida.

Si su cortejo de amor fuera correspondido, sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota 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.¹⁰ En la ulterior trayectoria de la relación de amor ella sacaría a relucir todas las inhibiciones y reacciones patológicas de su vida amorosa sin que fuera posible rectificarlas en algo, y esta vivencia penosa concluiría en el arrepentimiento y en un gran refuerzo de su inclinación represora. Es que la relación de amor pone término a la posibilidad de influir mediante el tratamiento analítico; una combinación de ambos es una quimera.

Consentir la apetencia amorosa de la paciente es entonces tan funesto para el análisis como sofocarla. El camino del analista es diverso, uno para el cual la vida real no ofrece modelos. Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa, de ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconcientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo. Cuanto más impresione uno mismo que está a salvo de toda tentación, más extraerá de la situación su sustancia analítica. La paciente, cuya represión de lo sexual no ha sido cancelada, sino sólo empujada al trasfondo, se sentirá entonces lo bastante segura para traer a la luz todas las condiciones de amor, todas las fantasías de su añoranza sexual, todos los caracteres singulares de su condición enamorada, abriendo desde aquí el camino hacia los fundamentos infantiles de su amor.

Es verdad que este intento de mantener el amor de tras-

¹⁰ Véase el trabajo precedente [«Recordar, repetir y reelaborar» (1914g), *supra*, págs. 151-2].

ferencia sin satisfacerlo fracasará con una clase de mujeres. Son aquellas de un apasionamiento elemental que no tolera subrogados, criaturas de la naturaleza que no quieren tomar lo psíquico por lo material; que, según palabras del poeta, sólo son accesibles a «lógica de sopas y argumentos de albóndigas».¹¹ Con tales personas se está frente a una opción: mostrarles correspondencia de amor, o bien cargar con toda la hostilidad de la mujer desairada. Y en ninguno de ambos casos puede uno percibir los intereses de la cura. Es preciso retirarse sin obtener el éxito, y acaso pueda uno preguntarse cómo se compadece la aptitud para la neurosis con una necesidad de amor tan inexorable.

En cuanto a otras enamoradas menos violentas, es posible que muchos analistas hayan arribado a un mismo método para constreñirlas a la concepción analítica. Sobre todo, uno les insiste en la inequívoca participación de la resistencia en ese «amor». Es que un enamoramiento real y efectivo volvería dócil a la paciente y acrecentaría su buena voluntad para solucionar los problemas de su caso, aunque sólo fuera porque el hombre amado se lo demanda. Un enamoramiento así podría escoger el camino de completar la cura para cobrar valor frente al médico y preparar la realidad objetiva en que la inclinación amorosa pudiera hallar sitio. Y en vez de ello la paciente se muestra recalcitrante e indócil, ha arrojado de sí todo interés por el tratamiento y es evidente que no tiene respeto alguno por las convicciones bien fundadas del médico. Produce entonces una resistencia en la forma de manifestación de enamoramiento, y además no vacila en llevarlo a un dilema sin salida. En efecto, si él se rehúsa, cosa a la cual lo constriñen su deber y su entendimiento, ella podrá hacer el papel de la desairada y sustraerse de la cura de él por venganza y encono, como ahora lo hace a consecuencia del presunto enamoramiento.

A modo de segundo argumento contra el carácter genuino de ese amor, uno asevera que él no conlleva ningún rasgo nuevo que brote de la situación presente, sino que se compone por entero de repeticiones y calcos de reacciones anteriores, incluso infantiles; y se compromete a demostrarlo mediante el análisis detallado de la conducta amorosa de la enferma.

Si a estos argumentos uno suma la paciencia requerida,

¹¹ [«*Suppenlogik mit Knödelargumenten*»; una frase semejante, pero con «*Knödelgründen*» {«fundamentos de albóndigas»} en vez de «*Knödelargumenten*», aparece en Heine, «*Die Wanderratten*».]

las más de las veces consigue superar la difícil situación y proseguir el trabajo con un enamoramiento atemperado, o bien con él «a cuestras», trabajo cuya meta será entonces descubrir la elección infantil de objeto y las fantasías que trae urdidas.

Pero yo querría iluminar críticamente los citados argumentos y preguntar si con ellos decimos la verdad a la paciente o en nuestro aprieto nos hemos refugiado en disimulos y desfiguraciones. En otras palabras: ¿caso de hecho no cabe llamar real al enamoramiento que deviene manifiesto en la cura analítica?

Opino que hemos dicho a la paciente la verdad, mas no toda ella, que es indiferente para el resultado. De nuestros dos argumentos, el primero es el más fuerte. La participación de la resistencia en el amor de transferencia es indiscutible y muy considerable. Sin embargo, la resistencia no ha creado este amor; lo encuentra ahí, se sirve de él y exagera sus exteriorizaciones. Y el carácter genuino del fenómeno tampoco es despotenciado por la resistencia. Nuestro segundo argumento es mucho más endeble; es verdad que este enamoramiento consta de reediciones de rasgos antiguos, y repite reacciones infantiles. Pero ese es el carácter esencial de todo enamoramiento. Ninguno hay que no repita modelos infantiles. Justamente lo que constituye su carácter compulsivo, que recuerda a lo patológico, procede de su condicionamiento infantil. Acaso el amor de transferencia tenga un grado de libertad menos que el que se presenta en la vida, llamado «normal»: permite discernir con más nitidez su dependencia del modelo infantil, se muestra menos flexible y modificable; pero eso es todo y no es lo esencial.

¿Y en qué se discerniría, pues, lo genuino de un amor? ¿En su productividad, su aptitud para realizar la meta amorosa? En este punto el amor de transferencia no le va en zaga a ningún otro; la impresión que uno tiene es que de él se podría obtenerlo todo.

Resumamos, entonces: No hay ningún derecho a negar el carácter de amor «genuino» al enamoramiento que sobreviene dentro del tratamiento analítico. Si parece tan poco normal, ello se explica suficientemente por la circunstancia de que todo enamoramiento, aun fuera de la cura analítica, recuerda más a los fenómenos anímicos anormales que a los normales. De cualquier modo, se singulariza por algunos rasgos que le aseguran una particular posición: 1) es provocado por la situación analítica; 2) es empujado hacia arriba por la resistencia que gobierna a esta situación, y 3)

carece en alto grado del miramiento por la realidad objetiva, es menos prudente, menos cuidadoso de sus consecuencias, más ciego en la apreciación de la persona amada de lo que querríamos concederle a un enamoramiento normal. Pero no nos es lícito olvidar que justamente estos rasgos que se desvían de la norma constituyen lo esencial de un enamoramiento.

Para el obrar del médico es decisiva la primera de esas tres propiedades del amor de transferencia que hemos mencionado. El tendió el señuelo a ese enamoramiento al introducir el tratamiento analítico para curar la neurosis; es, para él, el resultado inevitable de una situación médica, como lo sería el desnudamiento corporal de una enferma o la comunicación de un secreto de importancia vital. Esto le impone la prohibición firme de extraer de ahí una ventaja personal. La condescendencia de la paciente no modifica nada, no hace sino volcar toda la responsabilidad sobre su propia persona. El tiene que saber que la enferma no estaba preparada para ningún otro mecanismo de curación. Tras el feliz vencimiento de todas las dificultades, ella a menudo confiesa la fantasía-expectativa con que ingresó en la cura: Si se portaba bien, al final sería recompensada por la ternura del médico.

Motivos éticos se suman a los técnicos para que el médico se abstenga de consentir el amor de la enferma. Debe tener en vista su meta: que esta mujer, estorbada en su capacidad de amar por unas fijaciones infantiles, alcance la libre disposición sobre esa función de importancia inestimable para ella, pero no la dilapide en la cura, sino que la tenga aprontada para la vida real cuando después del tratamiento esta se lo demande. El médico no puede escenificar con ella el episodio de la carrera de perros en que se había instituido como premio una ristra de salchichas, y que un chusco arruinó arrojando una sola salchicha a la pista: sobre esta se abalanzaron los perros, olvidando la carrera y la ristra que allá lejos aguardaba al vencedor. No quiero decir que al médico siempre le resulte fácil mantenerse dentro de las fronteras que la ética y la técnica le prescriben. Sobre todo el hombre joven y no bien afirmado todavía puede sentirla como una dura tarea. Sin ninguna duda, el amor sexual es uno de los contenidos principales de la vida, y la reunión de satisfacción anímica y corporal en el goce amoroso, uno de sus puntos más altos. Todos los hombres, salvo unos extravagantes fanáticos, lo saben y ordenan su vida según ello; sólo en la ciencia se hacen remilgos para admitirlo. Por otra parte, es penoso para el

varón hacer el papel del que rechaza y deniega mientras la mujer lo corteja; y una noble dama que confiesa su pasión irradia un ensalmo incomparable a pesar de la neurosis y la resistencia. No son las groseras apetencias sensuales de la paciente las que crean la tentación; ellas provocan más bien rechazo y hace falta arrazarse de tolerancia para admitirlas como un fenómeno natural. Son quizá las mociones de deseo más finas, y de meta inhibida, de la mujer las que conllevan el peligro de hacer olvidar la técnica y la misión médica a cambio de una hermosa vivencia.

Y, no obstante, para el analista queda excluido el ceder. Por alto que él tase el amor, tiene que valorar más su oportunidad de elevar a la paciente sobre un estadio decisivo de su vida. Ella tiene que aprender de él a vencer el principio de placer, a renunciar a una satisfacción inmediata, pero no instituida socialmente, en favor de otra más distante, quizá mucho más incierta, pero intachable tanto en lo psicológico como en lo social. A los fines de aquel vencimiento, ella debe ser llevada a través de las épocas primordiales de su desarrollo anímico y adquirir por este camino aquel plus de libertad anímica en virtud del cual la actividad consciente se distingue —en el sentido sistemático— de la inconciente.¹²

El psicoterapeuta analista debe librar así una lucha triple: en su interior, contra los poderes que querrían hacerlo bajar del nivel analítico; fuera del análisis, contra los oponentes que le impugnan la significatividad de las fuerzas pulsionales sexuales y le prohíben servirse de ellas en su técnica científica; y en el análisis, contra sus pacientes, que al comienzo se comportan como los oponentes, pero que luego dejan conocer la sobrestimación de la vida sexual que los domina, y quieren aprisionar al médico con su apasionamiento no domeñado socialmente.

Los legos de cuya actitud frente al psicoanálisis hablé al comienzo aprovecharán sin duda estas elucidaciones acerca del amor de transferencia para llamar la atención del público sobre la peligrosidad de este método terapéutico. El psicoanalista sabe que trabaja con las fuerzas más explosivas y que le hacen falta la misma cautela y escrupulosidad del químico. Pero, ¿acaso le han prohibido alguna vez al químico ocuparse, a causa de su peligrosidad, de sus materias explosivas, indispensables a pesar de su efecto? Es asombroso que el psicoanálisis deba ahora conquistarse como

¹² [Este distingo se explicita en «Nota sobre el concepto de lo inconciente en psicoanálisis» (1912g), *infra*, pág. 277.]

algo nuevo todas las licencias que se consienten desde hace tiempo a las otras actividades médicas. No abogo, por cierto, para que se resignen los métodos de tratamiento inocentes. Bastan para muchos casos y, en definitiva, la sociedad humana tiene tan poca necesidad del *furor sanandi* * como de cualquier otro fanatismo. Pero es menospreciar enojosamente a las psiconeurosis, en cuanto a su origen y significado práctico, creer que estas afecciones se podrían eliminar operando con ínfimos e inocentes arbitrios. No; en el obrar médico ha quedado siempre lugar, junto a la *medicina*, para el *ferrum* y para el *ignis*,¹³ y de igual modo seguirá siendo imprescindible el psicoanálisis practicado con arreglo al arte, no amortiguado, que no teme manejar y dominar en bien del enfermo las más peligrosas mociones anímicas.

* {Furor por sanar a la gente.}

¹³ [Alusión a un aforismo atribuido a Hipócrates: «Aquellas enfermedades que los remedios no curan, las cura el hierro [el cuchillo]; aquellas que el hierro no cura, las cura el fuego; y aquellas que el fuego no puede curar deben considerarse totalmente incurables».]

Apéndice a los «Trabajos sobre técnica psicoanalítica»

Escritos de Freud que versan predominantemente sobre técnica psicoanalítica y teoría de la psicoterapia

[La fecha que aparece a la izquierda es la del año de redacción; la que figura luego de cada uno de los títulos corresponde al año de publicación y remite al ordenamiento adoptado en la bibliografía del final del volumen.]

- 1888 Prólogo a su traducción de H. Bernheim, *De la suggestion et de ses applications a la thérapieutique* (1888-89).*
- 1888 Reseña de A. Forel, *Der Hypnotismus* (1889a).*
- 1890 «Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)» (1890a).*
- 1891 «Hipnosis», en A. Bum, *Therapeutisches Lexikon* (1891d).*
- 1892 «Un caso de curación por hipnosis, con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la “voluntad contraria”» (1892-93).*
- 1895 *Estudios sobre la histeria*, parte IV (1895d).
- 1898 «La sexualidad en la etiología de las neurosis», última parte (1898a).
- 1899 *La interpretación de los sueños*, primera parte del capítulo II (1900a).
- 1901 «Fragmento de análisis de un caso de histeria», capítulo IV (1905e).
- 1903 «El método psicoanalítico de Freud» (1904a).
- 1904 «Sobre psicoterapia» (1905a).
- 1910 «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica» (1910d).
- 1910 «Sobre el psicoanálisis “silvestre”» (1910k).

* {Los trabajos señalados con un asterisco tratan únicamente sobre hipnotismo y sugestión.}

- 1911 «El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis» (1911e).
- 1912 «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b).
- 1912 «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico» (1912e).
- 1913 «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c).
- 1914 «Acerca del *fausse reconnaissance* (“*déjà raconté*”) en el curso del trabajo psicoanalítico» (1914a).
- 1914 «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g).
- 1914 «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (1915a).
- 1917 *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, 27ª y 28ª conferencias (1916-17).
- 1918 «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica» (1919a).
- 1920 *Más allá del principio de placer*, capítulo III (1920g).
- 1922 «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c).
- 1926 *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, capítulo V (1926e).
- 1932 *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, última parte de la 34ª conferencia (1933a).
- 1937 «Análisis terminable e interminable» (1937c).
- 1937 «Construcciones en el análisis» (1937d).
- 1938 *Esquema del psicoanálisis*, capítulo VI (1940a) [Publicado póstumamente.]