

En-claves relacionales presentes en *Recuerdo, repetición y elaboración* (Freud, 1914) Segunda Parte: Las palabras de Freud¹

Antonio A. Tinajas Puertas²
Centro Auxanô, IPR, Cáceres, España

Sometido al método histórico-crítico, y recurriendo a la técnica de análisis de contenido, el presente trabajo toma como referencia el estudio técnico freudiano conocido como *Recuerdo, repetición y elaboración* (Freud, 1914) para fundamentar que determinados conceptos, preceptos, o líneas de actuación terapéuticas (es decir, ideas/fuerza teórico-técnicas) adscritas al denominado *psicoanálisis relacional*, se encuentran ya presentes en el programático estudio freudiano escrito en el año 1914.

Palabras clave: Freud, Psicoanálisis Relacional, Técnica psicoanalítica

Subjected to the historical-critical method, and resorting to the content analysis technique, this work takes as a reference the Freudian technical study known as Remembrance, Repetition and Elaboration (Freud, 1914) to substantiate that certain concepts, precepts, or therapeutic lines of action – that is, theoretical-technical ideas- ascribed to the so-called psycho-relational analysis, are already present in the programmatic Freudian study written in 1914.

Key Words: Freud, Relational Psychoanalysis, Psychoanalytic Technique.

English Title: On relational terms collected in Remembrance, Repetition and Elaboration (Freud, 1914) – Part II: Freud's words.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Tinajas Puertas, A.A. (2022). En-claves relacionales presentes en "Recuerdo, repetición y Elaboración" (Freud, 1914). Segunda parte: Las palabras de Freud. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (2): 431-463. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2022.160207

¹ La primera parte de este trabajo fue publicada en el número 1 del volumen 16 de esta e-revista.

² Psicólogo clínico y psicoanalista, psicoterapeuta de grupos, didacta y supervisor (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, FEAP). Co-fundador, miembro titular y vocal de la Junta Directiva del Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR), miembro de la Association for Relational Psychoanalysis & Psychotherapy, vocal de la Junta Directiva de su Capítulo Español (IARPP-E). Desde 1987 es director clínico y psicoterapeuta del Centro AUXANÔ Psicología Clínica, Psicoterapia y Neuropsicología de Cáceres (España). Contacto: psicoterapia@auxano.cc www.auxano.cc

Tres

"La mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en motivo de recordar la tenemos en el manejo de la transferencia (...). La transferencia es así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda"
(Freud, O.C., 1914a, p. 1687)

"El psicoanálisis no deja de ser psicoanálisis porque estudie los fenómenos psíquicos y la subjetividad desde ópticas diferentes a las que a Freud le fueron posibles desde su paradigma científico, ni su objeto principal de estudio, lo inconsciente, queda al margen porque se vaya más allá de la formulación de Freud. La principal respuesta a esta búsqueda de lo interpersonal en Freud es que su paradigma científico-natural le impidió ver otra fuente de lo psíquico distinta de la tensión instintiva que busca la descarga y satisfacción personal"
(Ávila, 2013, p. 58).

Estando plenamente de acuerdo con la afirmación anterior, lo estamos aún más cuando el autor -relevante representante del psicoanálisis relacional-, un par de párrafos más adelante, nos sitúa en los planteamientos de Lothane y Bollas quienes proponen una relectura interpersonal de Freud, incluyendo la influencia de la cultura en la estructuración del psiquismo (Lothane, 1997, 2003) o *"una especie de intersubjetividad inherente al método freudiano (Bollas, 2001) que conduce a releer la técnica freudiana desde este punto de vista"* (Ávila, 2013, p. 59).

De hecho, el presente trabajo es un intento de contribución a una lectura intersubjetiva de un texto de Freud que no sería posible sin considerar el espíritu de su época, esto es, sin pensar en la influencia de *su* cultura en *su* estructuración psíquica.

Este elemento es determinante porque considerarlo nos ayudará a relativizar y a entender las zonas donde Freud se repliega en la psicología individual, aquello que Ávila explica bien: *"su paradigma científico-natural le impidió ver otra fuente de lo psíquico distinta de la tensión instintiva que busca la descarga y satisfacción personal"*, pero, ¿esto significa que Freud, en su clínica, no fuera un interpersonalista *no formulado*¹? ¿no existen *deslices* intersubjetivistas en su teoría clínica que escapan a la fiscalización de su teoría estrictamente pulsional?, es más ... ¿no sería un constructivista?

Nosotros, con Lothane y Bollas, pensamos que sí existe un Freud interpersonal no enunciado, o *no pensado*, o sólo pensado excepcionalmente².

Nuestra modesta contribución tratará de demostrarlo tomando como base su escrito técnico titulado *Recuerdo, repetición y elaboración*.

Antes de comenzar con el análisis de contenido del texto freudiano, conviene decir que, siguiendo a Lothane³ y a su lectura por Ávila, la confusión existente -entre el Freud de la psicología unipersonal, de la mente monádica, del desarrollo psicosexual predeterminado, de la teoría de la pulsión, de Eros y Thánatos, y el Freud intersubjetivo en el que en *la vida anímica el otro cuenta con total regularidad*-, quizás surja, esta difusa confusión que nos aturde cuando pensamos en Freud como nuestro terapeuta, del hecho de que, si bien es un hecho que Freud fue elaborando su teoría desde la clínica, "*ordenó sus conceptos como si pudieran aplicarse a un individuo artificialmente aislado, determinado por las pulsiones y sujeto de los conflictos (...)*" (Ávila, 2013, p. 60).

También Mitchell parece considerar que existen dos Freud. Uno, el autor original de una potente teoría metapsicológica donde impera descaradamente una pulsión irreductible - después fueron dos-, y otro, un Freud clínico muy distinto, mucho más humano en cuanto que próximo a su paciente, cercano a su sufrimiento, cuyos descubrimientos en su consultorio son estrictamente relacionales: "*muchos de los descubrimientos clínicos de Freud pueden separarse de la metapsicología de la teoría pulsional para traducirse e integrarse al contexto de la matriz relacional*" (Mitchell, 1988, p. 21).

Lothane trata de hacerlo y, cuando zozobra en su lectura intersubjetiva de Freud, vuelve a su *Psicología de las masas y análisis del yo* (Freud, 1921) para recobrar fuerzas, zambulléndose en sus párrafos iniciales: "*La oposición entre psicología individual y psicología social o de las masas, que a primera vista quizá nos parezca muy sustancial, pierde buena parte de su nitidez si se la considera más a fondo. Es verdad que la psicología individual se ciñe al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales., Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo. (...) La relación del individuo con sus padres y hermanos, con su objeto de amor, con su maestro y con su médico, vale decir, todos los vínculos que han sido hasta ahora indagados preferentemente por el psicoanálisis, tienen derecho a reclamar que se los considere fenómenos sociales. Así, entran en oposición con ciertos otros procesos, que hemos llamado narcisistas, en los cuales la satisfacción pulsional se sustrae del influjo de otras personas o renuncia a estas. Por lo tanto, la oposición entre actos anímicos sociales y narcisistas autistas, diría quizá Bleuler (1912) cae íntegramente dentro del campo de*

la psicología individual y no habilita a divorciar esta última de una psicología social o de las masas" (Freud, 1921, A.E., p. 67).

En este apartado, en el cual realizamos el análisis de contenido del texto freudiano, tomaremos como documentos base los trabajos previos sobre *Recuerdo repetición y elaboración* que, no siendo muy numerosos, sí son exhaustivos, estudiando bien aspectos parciales del mismo (Bibring, 1935; Kubie, 1939), o abordando un estudio completo (Bleichmar, 1978; Fernández, 1987, 1988; Hornstein, 1990; Tinajas, 1999)⁴.

Seguiremos el criterio de *unidad de contenido* que nos servirá para fragmentar el texto en bloques. Lo llamativo de estos bloques, de estas divisiones efectuadas después del análisis de contenido global del texto, es que presentan un contenido uniforme, bien teórico o clínico (Tinajas, 1999, p. 272), tomando como referencia su publicación en las Obras Completas de Freud, en su edición por Biblioteca Nueva (1948).

Este método resulta idóneo para poder contrastar las ideas explícitas o implícitas de Freud, reflejadas en su texto, con los presupuestos relacionales expuestos más arriba.

Resultado de esta fragmentación del texto resultan cinco unidades de estudio⁵.

Primera unidad

La primera unidad de estudio está constituida por los seis primeros párrafos⁶. En ellos, Freud expone la evolución de la teoría y de la técnica terapéutica que, desde su *período catártico*, finalmente derivará en la constitución del *psicoanálisis*.

En 1892 Freud redacta, con Breuer (o Breuer con Freud) la *Comunicación Preliminar* (Freud, 1893).

En este momento del pensamiento breueriano/freudiano las neurosis son concebidas como "*una enfermedad de la memoria*" (Hornstein, 190, p. 181), el sujeto sufre por las reminiscencias de un pasado traumático generalmente de origen infantil: "*Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de la infancia*" (Freud, 1893, pp. 41-42).

Los autores consideran que "*cualquier suceso que provoque los afectos penosos de miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico*" (Freud, 1893, p. 43), en función de la sensibilidad del sujeto, de la adecuación o inadecuación de su respuesta represiva (que imposibilite el *desgaste* de la intensidad de la reacción al estímulo disruptivo o su asociación a representaciones opuestas que compensaran el dolor psíquico), un *quantum de afecto* no

descargado sino reprimido, pasaba a actuar a modo de un "cuerpo extraño" en la psique del sujeto: "queda el afecto ligado al recuerdo" (Freud, 1892, p. 44).

Este supuesto inicial del origen infantil de la neurosis en un fenómeno patogénico, más o menos grave, apunta en un primer momento al origen relacional del trauma: el *otro* genera un trauma (y *trauma* es *herida*) habitualmente en la mente infantil -más vulnerable por estar en formación-.

Pero incluso, la terapéutica empleada por Breuer y Freud en aquel momento, la hipnosis, es estrictamente relacional.

El supuesto *tópico* del proceso de enfermar conlleva en sí mismo la proposición terapéutica: si el sujeto no recuerda lo que le pasó, no puede descargar (*abreacionar*⁷) por sí mismo el monto de afecto reprimido, necesitará al *otro* para poder lograrlo.

El daño lo generó el otro y a través del otro se podrá reparar.

Así, el clínico utilizaba su capacidad sugestiva para que el *histérico* pudiera dar salida mediante la expresión verbal al afecto concomitante a la representación traumática reprimida, llevando así la escena al consciente: "la psicoterapia no tiene otro camino que el de someter el Inc. al dominio del Prec." (Freud, 1900, p. 697).

Sin embargo, ni Freud era muy hábil hipnotizando, ni todos los pacientes eran susceptibles de serlo, ni la "curación" de los síntomas resistía el paso del tiempo.

Freud abandona la hipnosis ("tratábase, pues, de eludir la hipnosis y descubrir, sin embargo, los recuerdos patógenos" (Freud, 1895, p. 145)) en favor de la *libre asociación*: "concreté mis descubrimientos en la teoría de que por medio de la labor psíquica había de vencer una fuerza psíquica opuesta en el paciente a la percatación consciente (recuerdo) de las representaciones patógenas" (Freud, 1895, p. 146).

A partir de ahora, la *abreacción* -que no presentaba efectos terapéuticos a medio o largo plazo- es sustituida por "el gasto de energía que el enfermo tenía que prestar" (Freud, 1914, p. 1683) para vencer las resistencias a la norma fundamental del análisis, la libre asociación: el complejo patógeno oculta su lugar, resistiéndose a que el paciente llegue a él asociando libremente, de la mano de la interpretación del analista: "se trata de someter lo inconsciente al proceso de desgaste mediante la palabra que sólo el preconscious puede realizar" (Hornstein, 1990, p. 182).

Freud habla aquí de las *resistencias* del paciente al avance de la cura, resistencias que no son otra cosas que los *mecanismos de defensa* que el paciente pudo utilizar en su desarrollo infantil para oponerse al trauma (en general *cadena traumática*⁸) puestos ahora en relación

con el analista y la exigencia de la *cura*, asociar libremente: *"al esforzarme yo en orientar hacia ella -hacia la libre asociación cuyo cumplimiento, por ley asociativa, conduciría a la representación repudiada por el yo del paciente- la atención del paciente, percibía, a título de resistencia, la misma energía que antes de la génesis del síntoma se había manifestado como repulsa (...) el cometido del terapeuta consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, esta resistencia a la asociación"* (Freud, 1895, p. 146).

... percibía, a título de resistencia, la misma energía que antes de la génesis del síntoma se había manifestado como repulsa ... ¿no está hablando Freud aquí de su percepción, del esfuerzo de una parte del paciente -ante la oposición de otra parte- que, unida a él como terapeuta, hace frente a las consecuencias del trauma? ¿esta unión es otra cosa que una unión psíquica? ¿que una vinculación intelectual y afectiva?

No, no puede ser otra cosa. En 1914 afirma taxativamente: *"se dispondrá, pues -el analista-, a iniciar con el paciente una continua lucha por mantener en el terreno de lo psíquico todos los impulsos que aquel quisiera derivar hacia la motilidad"* (Freud, 1914, p. 1686, el subrayado es nuestro).

Ciertamente Freud no se detuvo a analizar los complejos mecanismos a través de los cuales se establecía esta *alianza terapéutica* (Sterba, 1934; Zetzel, 1956), procesos que vinculan a dos personas en un objetivo común que atañe, fundamentalmente⁹, a una de ellas. Su objetivo era otro, pero si lo hubiera hecho, quizás se hubiera adentrado en conceptos pertenecientes hoy al campo de la teoría de la intersubjetividad¹⁰ y, como veremos más adelante cuando estudie la neurosis de transferencia¹¹, a la idea de mutualidad.

Esta inferencia (de carácter relacional) acerca de la inclusión por Freud de la persona del analista en el vínculo (terapéutico o no) con su paciente, encuentra respaldo en dos breves citas en relación a la alianza terapéutica que podemos encontrar en su trabajo, ya tardío, titulado *Análisis terminable e interminable*¹²:

1ª.- *"Como es bien sabido, la situación analítica consiste en que nos aliamos con el yo de la persona sometida al tratamiento con el fin de dominar partes de su ello que se hallan incontroladas, es decir, de incluirlas en la síntesis de su yo."* (Freud, 1937b, p. 3.352)

2ª.- *"(...) no toda buena relación entre un analista y su paciente durante y después del análisis ha de considerarse como una transferencia, porque existen relaciones amistosas que están basadas en la realidad y que resultan viables."* (Freud, 1937b, p. 3.343).

La imagen freudiana del analista como espejo de las proyecciones de su paciente, como cirujano aséptico respecto de la neurosis de su paciente (es decir respecto de la persona de su paciente) queda, en 1937, como poco, relativizada,

Después de esta pequeña digresión, es preciso retomar nuestra línea argumental. Será en la *Interpretación de los Sueños* (Freud, 1900) donde convergen los tres registros metapsicológicos del *aparato psíquico* en Freud -el registro tópico, el económico y el dinámico- dando lugar a su derivada técnica: lograr hacer de la sesión psicoanalítica una formación del inconsciente, donde *"la asociación es al análisis como los restos diurnos a los sueños"* (Hornstein, 1990, p. 185).

En 1914 la *nueva técnica* que sustituye de manera definitiva a la hipnosis -el psicoanálisis-, queda esencialmente estructurada: *"Por último quedó estructurada la consecuencia técnica actual, en la cual prescindimos de una orientación fija hacia un factor o un problema determinado, (...). Se establece entonces, una nueva división del trabajo. El médico revela al enfermo resistencias que él mismo desconoce, y una vez vencidas estas, el sujeto relata sin esfuerzo alguno las situaciones y relaciones olvidadas"* (Freud, 1914, p. 1683).

Una lectura que fuera *un poco más allá* de las consideraciones metapsicológicas del modelo freudiano, podría considerar la afirmación precedente en términos de la teoría del apego, de los despliegues de patrones disfuncionales del sujeto enfermo y de su remodelación mediante la experimentación repetida y continuada de patrones de apego alternativos con su terapeuta¹³. Patrones que aumenten su seguridad interna (y externa) y la posibilidad de acceder a experiencias disociadas no accesibles en otras condiciones (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006; Van der Hart, Steele & Nijenhuis, 2012; Van der Hart, Steele & Bonn, 2017).

Así las cosas, Freud se da cuenta de que *"la manera de recordar de sus pacientes se pone de manifiesto a través de una inconsciente, inflexible y permanente repetición (de actitudes, síntomas, modos relacionales, fracasos, etc.) de la que el sujeto no se puede liberar. El genio de Freud consiste no sólo en este desarrollo de su pensamiento, sino en atreverse a llevar este fenómeno a la clínica y a polarizarlo sobre él mismo ("poco a poco vamos atrayendo a nosotros cada uno de los elementos de esta enfermedad y haciéndolos entrar en el campo de acción de la cura" (Freud, 1914, 1686))"* (Tinajas, 1999, p. 275).

Compulsión de repetición que más adelante anclará sus raíces en una más que discutida *pulsión de muerte* constitucional del sujeto.

Pero en estos momentos, en 1914, Freud se incluye, se introduce en el campo psicológico de su paciente¹⁴ para desde adentro poder cambiar algunos aspectos relacionales que en él tienen lugar y dañan, hoy como ayer, a su paciente: *"poco a poco vamos atrayendo a nosotros cada uno de los elementos de esta enfermedad y haciéndolos entrar en el campo de acción de la cura"*. No será tan ingenuo como para no considerar que su propio campo psicológico también afecta a su paciente (él mismo no pensaba en la posibilidad de ser *neutral* y

abstinente, o al menos esa será, como veremos, la lectura que hará Sacha Nacht, cualificado representante de una ortodoxia no acartonada).

Cosa distinta es lo que Freud *aconseja* y los demás interpretan.

Lograr documentar este aspecto estrictamente relacional del clínico Freud nos va ayudando a deslindarlo del Freud instintivista, teórico metapsicológico, alejado del suelo de su consulta y también contribuye, por otro lado, a poder distinguir al Freud didacta, maestro precursor que siente tener la responsabilidad de controlar a sus discípulos -no siempre tan equilibrados como Karl Abraham- en una disciplina novedosa y difícil, en cuanto que trabaja con fuerzas que, dado su carácter inconsciente, el sujeto mismo no puede controlar. Por último, identificamos al Freud que se sabe protagonista destinado a desarrollar, y legar por escrito, una vida entera de investigación en una disciplina que va a perdurar más allá de su muerte y en la que solo unos pocos, y sus pacientes, pueden ayudarle.

La lectura que se puede hacer de Freud, desde la posición tendida en su diván, es una lectura mucho más amable que si nos adentramos en sus pulsiones, complejos y culpas que nos enredarán y atraparán para siempre.

Finalizando los párrafos del texto correspondientes a la *primera unidad* Freud aporta tres ejemplos de lo que él denomina repetición compulsiva y que significan el modo peculiar de recordar que posee el neurótico: "*podemos decir que el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite*" (Freud, 1914a, p. 1684).

¿No es esta la expresión de patrones de apego de los que el sujeto no se puede librar, sujeto que reedita patrones establecidos antes de sus 18 meses de vida (Fonagy, 1999)? ¿no participarían, casi plenamente de esta formulación autores contemporáneos como Benyakar y Lezica (2016) o Van der Hart, Steele y Bonn (2017)? ¿no se muestra Freud interesado en que el paciente tome conciencia de la repetición de tal patrón disfuncional en la relación terapéutica? ¿no es este un principio relacional? ¿no apunta al *conocimiento relacional implícito*?

Posteriormente Freud teorizará acerca de una *pulsión de muerte* estructural e irreductible en el sujeto (Freud, 1920) que será causa y motor de su *compulsión de repetición*. La introducción de este concepto resultará fundamental en el devenir de la teoría freudiana.

Sin embargo, como tal concepto, la compulsión de repetición es introducida por primera vez en *Recuerdo, repetición y elaboración* (Strachey, A. E., vol. XII, p. 157, Greenson, 1967, p. 172) -subrayando su carácter programático-, pese a que alcanzará su redefinición en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920), y que en este momento histórico de la teoría freudiana

la repetición patológica del sujeto está sometida al *principio del placer* o de reducción de la tensión psíquica (en último término biológica) que genera displacer en el sujeto.

Freud desestimaré -o no alcanzará- la primera relación del bebé con su objeto maternal como relación fundante del psiquismo. Esto es cierto, y hoy son pocos los que participan de su más que exagerada hipótesis pulsional instintivista. Pero Freud era hijo de su época. Tal vez errara en la fundamentación de la etiología, sin embargo, es indudable que considera que el sujeto enferma *en las relaciones infantiles*¹⁵ y que por la relación (terapéutica) puede obtener la cura.

Es cierto. Algo resuena a predeterminación ineludible, a *roca dura de lo biológico* latiendo sordamente en el fondo.

Pero no es menos cierto que alguien cuestiona, por primera vez en la historia de la medicina -es decir, de la Ciencia- la función de las relaciones primigenias en la constitución de la personalidad y en la enfermedad. En este sentido, Freud es, podríamos decir, el primer psicólogo relacional. Pero ¡no! ¡era neurólogo!

Cabe recordar que hablamos de un tiempo primitivo -apenas hace un siglo- donde no existían los psicólogos, ni los investigadores del desarrollo infantil, por tanto, tampoco la *psicología*. La infancia era una suerte de tiempo insufrible por el adulto. Un mal irremediable que ni siquiera constituía ya la promesa de una unidad de trabajo.

Antes de desmerecer, de tratar fátuamente o pretender descalificar una teoría, es preciso conocer bien el mensaje y situarse en la piel de quien lo afirma, especialmente cuando como en este caso, el mensaje desafía a las bravas el saber instituido. Ello nos hará críticos más prudentes y tal vez más humildes.

Hay que pensarlo.

Freud abrió un camino nuevo que lo puso todo *patas arriba*: el intento de comprensión del alma humana, y de su sufrimiento, más allá del saber *cientifista* al que él mismo, como científico, estaba predestinado. En este esfuerzo titánico, su consideración por la infancia arrastra adherencias de la época, obviamente, pero él considera a la infancia como un período fundamental del desarrollo del sujeto y esta consideración primigenia es *fundante* de un nuevo saber.

Bueno, en fin, después de este innecesario alegato pro-Freud, volvamos por un momento a sus ejemplos, referentes a la *compulsión de repetición*, que cierran nuestra primera unidad de estudio: "*el analizado no cuenta que recuerda haberse mostrado rebelde a la autoridad de sus padres, sino que se conduce de esta forma con respecto al médico (...) no recuerda que su investigación sexual infantil fracasó, dejándole perplejo, sino que produce una serie de sueños*

complicados y ocurrencias confusas y se lamenta que nada le sale bien y de que su destino es no conseguir jamás llevar a buen término una empresa (...) no recuerda haberse avergonzado intensamente de ciertas actividades sexuales, haber temido que los demás las descubriesen, sino que se avergüenza del tratamiento al que ahora se encuentra sometido y procura mantenerlo en secreto, etc." (Freud, 1914a, p. 1685).

Si pudiéramos prescindir de la posición instintivista del Freud metapsicológico, alejarnos de la alargada sombra de lo biológico, la lectura de estos ejemplos podría hacerse - encontrando un acomodo casi perfecto- desde la teoría de la intersubjetividad; en términos (etiopatogénicos) de la teoría del apego; en las teorías del desarrollo y en la teoría de la mentalización.

Segunda Unidad

Esta segunda unidad es, para nuestros fines, una suerte de *liason* con las unidades posteriores a las que contribuirá a dar sentido. Es una unidad teórico y clínica, quizás por ello más árdua, pero esencial para entender el momento del desarrollo del pensamiento freudiano que, en 1914, se sitúa en una encrucijada que fundamentará nuestra hipótesis acerca de la existencia de (al menos) dos Freud, el clínico y el teórico.

Esta unidad está constituida por lo que, según James Strachey, es una "*intercalación*"¹⁶ de Freud, a modo de observaciones o lecciones intercaladas como referencia o apoyatura clínica para la mejor comprensión del texto.

Efectivamente el texto no sufre en su estructura si estos párrafos desaparecen. De hecho, parece como si el autor, una vez redactado su ensayo, volviera sobre él para introducir estas advertencias clínicas, lo cual nos lleva a inferir la existencia de una intención específica por parte de Freud, ¿cuál podría ser?

"(...) en 1914 los planteamientos freudianos están en pleno período de reformulación. La perseverancia de los síntomas histéricos, que desaparecen, pero no definitivamente, deviene en que la teoría sobre su génesis sea parcialmente falsada (P. F. Villamarzo, 1988, p. 18) y el pensamiento psicoanalítico se amplía: la Teoría freudiana del Conflicto entre pulsiones del yo y pulsiones sexuales entra en escena" (Tinajas, 1999, p. 270)¹⁷, y es en esta transformación del escenario en su *corpus* teórico donde cabe entender la advertencia de Freud.

Leyendo con atención estos párrafos, se destila un muy probable objetivo: delimitar conceptual y clínicamente las cualidades y modalidades del olvido del sujeto respecto de un período de su propia vida, de su experiencia vital, y relacionar estas modalidades en el olvidar con los distintos cuadros clínicos que él atiende en su consultorio, sin abandonar sus

concepciones sobre la génesis del trauma -de la enfermedad- pero integrándolas en una transformación de los planteamientos teóricos donde se abre paso, definitivamente, la *teoría pulsional* o *teoría de la fantasía patógena*¹⁸.

Trataremos de contrastar esta hipótesis en el texto freudiano.

En su *"intercalación"* Freud enuncia dos grupos diferenciados de procesos psíquicos susceptibles de ser reprimidos:

1- El *primer grupo* lo constituyen *"el olvido de impresiones, escenas y sucesos"*

(Freud, 1914, p. 1683), que a su vez pueden ser:

1.a- *Aquellas -impresiones, escenas, sucesos- simplemente "retenidas" o "bloqueadas" (preconscientes) en la mente del sujeto, pero acerca de las cuales, en su restitución posee una sensación de familiaridad.* Una vez que el recuerdo es hecho consciente, el paciente suele añadir: *"En realidad siempre he sabido perfectamente todas estas cosas; lo que pasa es que nunca me he detenido a pensar en ellas"* (Freud, 1914a, p. 1684). Este "olvidar" sería característico, fundamentalmente, en las *histerias de conversión*.

1.b- *Aquellos otros olvidos (recuerdos) que responden a un mecanismo psíquico más complejo y rígido (inconsciente): los recuerdos verdaderos se parapetan tras los "recuerdos encubridores". Se trata de recuerdos -de impresiones, escenas, sucesos- tan camuflados, que la conciencia ya no tiene ninguna posible referencia: "un recuerdo que no debe su valor mnémico al propio contenido, sino a la relación del mismo con otro contenido reprimido" (Freud, 1899, p. 340) encontrando aquí que, "según que sea una u otra la relación temporal entre lo encubierto, podemos hablar de recuerdos encubridores regresivos o progresivos. Conforme a otra relación, distinguimos recuerdos encubridores positivos o negativos, cuyo contenido se halla en una relación antitética con el contenido reprimido" (Freud, 1899, p. 340)" (Tinajas, 1999, pp. 271-272).*

Freud nos dice que en estos olvidos que el sujeto expresa a través de su síntoma está contenida la verdad sobre su vida que, por intolerable, es reprimida: *"no se conserva únicamente una parte de nuestra vida infantil, sino todo lo que en ella tuvo importancia esencial"* (Freud, 1914a, p. 1684).

2.- El segundo grupo de procesos psíquicos que pueden ser objeto de represión es aquel *"grupo de procesos psíquicos susceptibles de ser opuestos como actos puramente internos a las impresiones y los sucesos vividos, o sea, el constituido por las fantasías, las asociaciones, los sentimientos, etc."* (Freud, 1914a, p. 1684)¹⁹.

Este segundo grupo es una alusión a los desarrollos freudianos sobre la teoría de la fantasía patógena como fuente de enfermedad frente a la teoría de la realidad traumática.

En este sentido es importante subrayar que, también a mediados de 1914, Freud concluye la redacción de la historia de El Hombre de los Lobos (Strachey, A. E., XII, p. 151), es decir, *Historia de una neurosis infantil*. Esta obra se publicó en 1918 y es considerada por diversos exégetas freudianos como la "obra-testigo del paso decisivo de la teoría del trauma y la seducción, como agentes del enfermar, a la teoría de la fantasía patógena" (Gallo, 1998, nota 29, p. 78).

Este segundo grupo se desglosa, igualmente, en dos subgrupos de procesos psíquicos:

2.a- "<<se recuerda>> algo que nunca pudo ser <<olvidado>>, pues nunca fue retenido ni llegó a ser consciente" (Freud, 1914a, p. 1684).

La experiencia traumática -sea una fantasía, una asociación, un sentimiento o un nexo (a otro contenido reprimido)- jamás llegó al registro consciente, pero durante el tratamiento, "la convicción que el analizado adquiere durante el curso del análisis es independiente de tal recuerdo" (Freud, 1914a, p. 1684).

La cuestión es muy sugerente, Freud piensa que el recuerdo es algo más de lo que el sujeto puede olvidar: como años más tarde afirmaría Jacques Lacan, "la historia no es el pasado" (Lacan, 1953, p. 27).

Particulariza Freud, en este subgrupo, el *olvidar* del obsesivo, donde son los nexos y las relaciones causales lo olvidado, a la sombra de los recuerdos conscientes para el sujeto.

Es como si la conciencia del obsesivo estuviera engarzada a la carta (Tinajas, 1999, p. 292) y lo repetido para él serán, justamente, los nexos causales inconscientes.

Lo difícil de entender es que esa repetición patológica -por dolorosa y alienante- es el modo de recordar(se) del sujeto obsesivo.

2.b- "por lo general, resulta imposible despertar el recuerdo de una clase especial de sucesos muy importantes correspondientes a épocas muy tempranas de la infancia y vividos entonces sin comprenderlos, pero perfectamente interpretados y comprendidos luego por el sujeto" (Freud, 1914a, p. 1684), se trata aquí de vivencias conscientes, ya olvidadas, pero no significadas por el sujeto. Estas vivencias adquieren su significación *a posteriori*: un acontecimiento posterior da sentido, significado, a lo vivido, pero no comprendido, esto es, no simbolizado.

Sin embargo, "el encuentro entre los dos acontecimientos es inconsciente, el sentido es establecido por el nexo significativo retroactivo e inconsciente que forma parte de lo que el sujeto

no sabe ni puede recordar sobre sí mismo, y que junto con el "no recuerdo" del primer suceso, pasa a constituirse en trama patógena" (Tinajas, 1999, p. 282).

Freud se muestra cauto en este punto. Piensa que la familiaridad con la que el paciente acepta –*"una vez vencidas sus resistencias"*– tanto el vínculo, como la significación retroactiva, abre demasiado el campo de trabajo e investigación y en este momento deja la cuestión únicamente sugerida.

Bleichmar (1987) encuentra en este nudo el antecedente del concepto de *construcción*, que Freud desarrollará muchos años más tarde en su obra *Construcciones en Psicoanálisis* (Freud, 1937), que a su vez -salvando todas las distancias-, puede ser antecedente del concepto relacional de *co-construcción* en psicoanálisis (Lyons-Ruth, 1999).

Tercera Unidad

La presente unidad está constituida por dos párrafos, el décimo tercero y el décimo cuarto. En poco menos de treinta líneas Freud presenta sus nuevos planteamientos *económico-transferenciales* y plantea cuestiones fundamentales del proceso psicoanalítico que aun hoy tienen actualidad y siguen siendo objeto de polémica y de distintas posiciones teórico-técnicas en psicoanálisis.

Una vez establecido que la repetición patológica es al recuerdo como el contenido manifiesto de los sueños es a su contenido latente, Freud centra esta cuestión en la relación terapéutica: *"Como es natural, nos interesará, en primer término, la relación de esta repetición obsesiva con la transferencia y la resistencia"* (Freud, 1914a, p. 1685).

La(s) *resistencia(s)* -que son la expresión en la clínica de los mecanismos de defensa- se opondrán al avance de la cura, al vencimiento de la represión²⁰:

La *transferencia* es concebida aquí de manera bifronte, como un fenómeno inconsciente general mediante el cual una representación mental infantil se traslada a un objeto de la realidad actual del sujeto y, por otro lado, como un fenómeno que obtiene una expresión privilegiada en el proceso psicoanalítico, siendo necesario el estudio de su relación con la(s) *resistencia(s)*: *"No tardamos en advertir que no es, por sí misma, más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado, pero no solo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente"* (Freud, 1914a, p. 1685).

Doble perspectiva también para comprender las resistencias: *"resistencias a la transferencia"* (a la entrega transferencial en la relación con el analista) y, en un momento posterior del tratamiento, *"resistencias por la transferencia"* o resistencias a abandonar la

vivencia restauradora de la relación transferencial (Fernández, 1987, p. 116; Coderch, 1995, p. 95).

Es obvio -y en un segundo momento abordaremos este aspecto- que la figura del analista está contenida en los dos tipos esenciales de resistencia, sea para constituirse como objeto transferencial pleno o para dejar de serlo.

En cuanto a las resistencias a la transferencia, Freud convendrá en que la repetición es la transferencia del pretérito olvidado, *"un modo de defenderse del reconocimiento de la transferencia analítica, "del hecho de reconocer que experimenta, respecto al analista, una serie de impulsos y sentimientos que no son los que estrictamente corresponden a la relación real que se ha establecido entre ambos (Coderch, 1995, p. 95)", finalmente, la repetición inconsciente es, a la vez, un modo de recordar y de defenderse del doloroso reconocimiento del recuerdo, de la actualidad y vigencia de sus necesidades, deseos e impulsos infantiles"* (Tinajas, 1999, p. 284).

Se ha señalado que Freud afirma que la transferencia no es sino una repetición, sin embargo, en este período freudiano se abren nuevas perspectivas a la concepción de la transferencia que es preciso puntualizar: *"hasta 1912 la dinámica de la transferencia se entiende por la resistencia al recuerdo; pero en 1914 el recuerdo reprimido se repite en la transferencia. De esta forma el concepto de recuerdo se enlaza más claramente con el de experiencia, porque es justamente cuando uno puede disponer de su acervo de recuerdos que posee experiencia"* (Etchegoyen, 1975, p. 115).

Por tanto, el recuerdo del trauma y/o del conflicto en el sujeto neurótico no es un recuerdo histórico donde la dimensión temporal sitúa la experiencia como pretérita.

El recuerdo, en el neurótico, *"es una vivencia actual e inconsciente y la técnica pretende canalizar su repetición en la transferencia"* (Tinajas, 1999, p. 184) para, desde ahí, poder modificar esta *repetición patológica*²¹.

Sin embargo, la cuestión es complicada porque con la misma intensidad que el sujeto necesita mantener inconsciente el recuerdo patológico²² -de la misma forma que necesita defenderse de su experiencia reprimida- necesita defenderse, primero, de la dolorosa vivencia en la transferencia de su conflicto, y en segundo lugar de la conciencia de tal vivencia: *"El enfermo extrae del arsenal del pasado las armas con las cuales se defiende contra la continuación de la cura y de las cuales hemos de ir despojándole poco a poco"* (Freud, 1914a, p. 1685).

Para Freud, de hecho, ahora la enfermedad del paciente es su relación con el analista: *"poco a poco vamos atrayendo a nosotros cada uno de los elementos de esta enfermedad haciéndolos entrar en el campo de acción de la cura, y mientras el enfermo los va viviendo como*

algo real, vamos nosotros practicando con ellos nuestra labor terapéutica, consistente, sobre todo, en la referencia al pasado (...). La mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en motivo de recordar la tenemos en el manejo de la transferencia (...). La transferencia es así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda" (Freud, 1914a, pp. 1687-1687).

Es en el seno mismo de la enfermedad donde Freud encuentra la materia para su curación: *el manejo de la transferencia* apoyada en una regresión terapéutica²³ que haga de la transferencia *"la vivencia imprescindible para que el paciente recorra unas etapas que no ha vivido adecuadamente"* (Fernández, 1987, p. 123).

Como teoría clínica, roza la genialidad.

Desde una posición estrictamente relacional, Coderch nos habla de su concepción sobre el análisis: *"concibo el despliegue del proceso psicoanalítico relacional como una partida que se juega en el campo de la reorganización del inconsciente relacional a través de la mutua interacción, de la hetero y auto regulación y del constante diálogo entre las experiencias implícitas del paciente y las del terapeuta, siempre subyacentes a lo explícito y a todo intercambio, verbal o no"* (Coderch, 2018, p. 55).

Esta idea no se aleja demasiado del clínico Freud, aunque, efectivamente, existen importantes diferencias: *"la transferencia ya no se piensa en términos de proyección y desplazamiento, sino gradualmente, y a través de la integración de la ciencia cognitiva, se entiende como: a) asimilación de la situación nueva con una situación antigua similar; b) respuesta semejante a la que resultó útil en la antigua situación; y, c) modificación, para mejor adaptación, de la respuesta antigua.*

Por tanto, la transferencia es la manera cómo el sujeto organiza la relación con el analista de acuerdo con todas sus experiencias y formas de respuesta, conscientes e inconscientes. Es decir, no se repiten las mismas formas de relación con las primeras figuras cuidadoras, sino modificadas por todo el bagaje de experiencias, que serán más o menos retraumatizantes o más o menos favorecedoras del desarrollo" (Daurella, 2018).

Recordemos por un momento -para no olvidar el contexto que ayuda a completar el sentido-, que Freud pierde definitivamente a Jung en este año de 1914, y recordemos también el conflicto, ya antiguo -pero probablemente actualizado²⁴ en Freud- que tuvo con su dichoso *príncipe heredero* debido a sus amores prohibidos con Sabina Spierling-.

Si en lo personal para Freud ocurren muchas cosas en este año, en lo profesional también.

Su producción científica está en pleno apogeo.

En este año crucial también redacta *Observaciones sobre el amor de transferencia* (1915), trabajo técnico de enorme interés donde realiza una serie de advertencias a los psicoanalistas (probablemente alguna de ellas ya se la hiciera años antes a Jung). En una de ellas afirma: "*Por último, la tentativa de fingir cariño a la paciente no deja de tener sus peligros. Nuestro dominio sobre nosotros mismos no es tan grande que descarte la posibilidad de encontrarnos de pronto con que hemos ido más allá de lo que nos habíamos propuesto. Así, pues, mi opinión es que no debemos apartarnos un punto de la indiferencia que nos procura el vencimiento de la transferencia recíproca*" (Freud, 1915, p. 1099. Los subrayados son nuestros).

Siguiendo el hilo, apenas cuatro líneas más adelante enuncia su célebre sentencia: "*La cura debe realizarse en la abstinencia*".

Pero, ¿qué es la abstinencia? ¿cómo se conjuga con la *transferencia recíproca*? ¿a qué se refiere Freud con *transferencia recíproca*?

Pensamos que Freud no entiende por *abstinencia* que la persona que es el analista pueda dejar de ser -inhibirse en su ser- en relación con la persona que es el paciente.

Pensamos que Freud acepta como inevitable la condición de *transferencia recíproca* (paciente-analista/analista-paciente) y que piensa que sobre ella hay que trabajar, sin que el analista deba conceder un punto a la satisfacción de su propio deseo o de su necesidad en el paciente. Al menos el tipo de deseo o de necesidad que al paciente le lleva a buscar la ayuda del analista²⁵.

Otra cosa es si el analista debe o no debe satisfacer la demanda del paciente.

Y otra, hasta qué punto todo ello es posible.

A renglón seguido afirma: "*Queremos más bien sentar el principio de que debemos dejar subsistir en los enfermos la necesidad y el deseo como fuerzas que han de impulsarle hacia la labor analítica y hacia la modificación de su estado, y guardarnos muy bien de querer amansar con subrogados las exigencias de tales fuerzas (...). Concedemos, desde luego, que el principio de que la cura analítica debe desarrollarse en la abstinencia va mucho más allá del caso particular aquí estudiado, y precisa de una discusión más detenida, en la que quedarían fijados los límites de su posibilidad en la práctica*" (Freud, 1915, p. 1099. Los subrayados son nuestros).

Hoy, estos planteamientos, ¿no serían considerados relacionales? Probablemente sí.²⁶

Sin embargo, no será Freud, sino Ferenczi quien explore los terrenos que Freud sólo sugiere o enuncia: "*El mecanismo de formación de síntomas, bien en la neurosis o en su manifestación transferencial en la relación terapéutica requiere la conexión interpersonal. Todo*

esto es obvio en cuanto a la naturaleza y dinámica de los procesos, pero no es el punto de vista desde el que lo mira Freud, sino que va a ser más claramente formulado por Ferenczi en 1912 al definir la transferencia como un proceso interpersonal, que se manifiesta también en la neurosis. Esta re-experiencia interpersonal en la transferencia es esencial para la transformación terapéutica, pero Freud se atiene a combatir el conflicto en la oportunidad que da su repetición en la transferencia, no está atento al vínculo, ni aprecia la co-determinación del fenómeno (...) Aunque en la propuesta teórica esencial de Freud el objeto real queda relegado a un papel secundario, en el despliegue clínico de su propuesta técnica no es así. La realidad intersubjetiva de la clínica se impone, si bien Freud destinó el lugar del analista "el lugar del cirujano que silencia sus afectos y que se comporta como u observador independiente". Es una contradicción esencial, donde hemos de reconocer en Freud una lucha en la que el teórico se decanta por la posición del científico neutral, mientras que el clínico participa de lo real "a su pesar" y lucha por mantener la neutralidad" (Ávila, 2013, p. 62).

Cuarta Unidad

Es esta una unidad estrictamente técnica, de hecho, podría estar constituida por el resto del ensayo, sin embargo, es preferible seguir el esquema de análisis realizado en una ocasión anterior (Tinajas, 1999), porque los dos últimos párrafos del texto pueden constituir una unidad de contenido en sí mismos. En estos dos párrafos finales, Freud introduce el concepto de *elaboración*, de enorme transcendencia en psicoanálisis.

No menos importante es el concepto de *neurosis de transferencia* que Freud conceptualiza por primera vez (Greenson, 1967, p. 172; Laplanche y Pontalis, 1967, p. 251) en esta cuarta unidad.

Dice Freud: "*La iniciación del tratamiento trae ya consigo una modificación de la actitud consciente del enfermo ante su enfermedad. Generalmente se ha limitado a dolerse de ella y a despreciarla, sin estimar debidamente su importancia; pero por lo demás ha continuado observando, con respecto a sus manifestaciones, la misma política de represión que antes en cuanto a sus orígenes (...) la cura no puede pasar por esto" (Freud, 1914a, p. 1686. Los subrayados son nuestros).*

El desprecio del paciente por sus síntomas, por las limitaciones que le impone su enfermedad, por la enfermedad misma, es resultado, en último término, de la represión de los orígenes de su mal.

Es necesaria la modificación de esta actitud (inconsciente) en el paciente para iniciar *la cura*.

Freud no deja lugar a la duda respecto de que ha de ser, a través de su relación con el analista, que el paciente pueda conseguir este objetivo inicial: *"El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico"* (Freud, 1914a, p. 1673).

Esta doble idea introducida por Freud, que será desarrollada años más tarde, primero por Sterba (1934) y después por Zetzel (1956), supone la introducción de un presupuesto técnico imprescindible en el psicoanálisis clásico como es la *alianza de trabajo* o *alianza terapéutica*.²⁷

Que el sujeto pueda llegar a cambiar su actitud hacia su enfermedad, desde el desprecio o la vergüenza hacia una compasión genuina respecto de la parte de sí mismo que está enferma, incluso que hace sufrir a los demás, que para ello sea precisa la intervención de un otro -su ligazón con otro-, que a su vez sienta genuinamente tal compasión por el sujeto que sufre²⁸, ¿no es este un principio relacional? ¿no nos gustaría tener a alguien al lado que piense/sienta como Freud?

Si además tenemos en cuenta que estamos en 1914, en la consulta de un neurólogo, la cosa se agradece doblemente.

La alianza terapéutica no es algo solamente intelectual o cognitivo (que también debe serlo), de hecho, su dimensión fundamental es afectiva o emocional: el paciente se siente unido a su terapeuta, a *la persona que* (además) es su terapeuta (probablemente la primera persona que siente compasión por su parte enferma, es decir, por el infante que sufrió un trauma, en 1914, un trauma exógeno o bien imaginario (al fin da igual, una infancia rota): *"El sujeto ha de tener el valor de ocupar su atención con los fenómenos de su enfermedad, a los cuales no debe ya despreciar, sino considerar como (...) una parte de su propio ser, fundamentada en motivos importantes"* (Freud, 1914a, p. 1686).

En la lectura subsiguiente del texto, y *"frente a la "impresión de un experimento de laboratorio" (ajeno a lo vivencial) que tenía para el paciente hipnotizado la recuperación de sus recuerdos, es este otro modo de recordar, es recordar como vivencia de "un trozo de vida real" y supone que el analizado vive, pero se opone a tal vivencia: "no recuerda nada de lo olvidado reprimido, sino que lo vive de nuevo" (O.C. II, 1684), y la técnica apunta a que sea su repetición en la relación con su analista, y esto conlleva riesgos derivados de las fuertes resistencias en esa misma experiencia afectiva y a las fantasías aparejadas. Freud advierte de que el analista debe contar con tales resistencias: "se dispondrá, pues, a iniciar con el paciente una continua lucha por mantener en el terreno psíquico todos los impulsos que aquel quisiera derivar hacia la motilidad" (Freud, 1914a, 1686)"* (Tinajas, 1999, p. 290), apreciamos cómo el autor prepara el terreno para la introducción del concepto de *neurosis de transferencia*.

"Cuando el paciente nos presta la mínima cooperación, consistente en respetar las condiciones de existencia del tratamiento conseguimos siempre dar a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación basada en la transferencia y sustituir su neurosis vulgar por una neurosis de transferencia, de la cual puede ser curado por la labor terapéutica" (Freud, 1914a, p. 1687), la neurosis infantil llega a repetirse, punto por punto, en la relación con el terapeuta²⁹.

El éxito terapéutico dependerá de la resolución adecuada de la neurosis de transferencia: "*superar esta nueva neurosis artificial es suprimir la enfermedad engendrada por el tratamiento. Estos dos resultados van de la mano, y cuando se los obtiene, ha terminado nuestra labor terapéutica*" (Freud, 1916-17, p. 2420).

Si bien es cierto, como se ha señalado más arriba, que Freud no considera la aportación del terapeuta en la constitución de tal neurosis -dejando librado este trabajo a Ferenczi- no es menos cierto que en la ortodoxia freudiana encontramos interpretaciones del concepto de neurosis de transferencia que se aproximan mucho a la idea de co-creación del vínculo terapéutico que hoy podemos encontrar en autores relacionales.

En este sentido, muchos años antes de la reunión fundante en Nueva York del psicoanálisis relacional, Sacha Nacht (en 1966) afirma: "*Para mí, la neurosis de transferencia sería el resultado de una relación inconsciente particular que se habría establecido entre el analista y el paciente, constituida por intercambios y reacciones mutuas a las cuales uno y otro encuentran, inconscientemente, su ventaja*" (Nacht, 1967, p. 65)³⁰.

Si contrastamos la afirmación anterior realizada por un freudiano ortodoxo, hecha hace más de medio siglo, con otra contemporánea de autores enmarcados en la teoría intersubjetiva, no encontramos diferencias sustanciales: "*La intersubjetividad es el término genérico que designa la influencia recíproca de las subjetividades conscientes e inconscientes de dos personas en un vínculo*" (Natterson & Friedman, 1995, p. 1).

Desde aquí, pocas dudas existirían para situar hoy a Freud como un autor que considera la intersubjetividad en la clínica.

En 1914 esto no hubiera sido posible, sencillamente porque no existía la *teoría de la intersubjetividad*, pero sí, obviamente, la intersubjetividad de los vínculos humanos. Y Freud trabajaba conscientemente con ella.

Más allá de esto, Nacht nos dirá que es la actitud inconsciente del terapeuta, su capacidad de amar, pero de amar inconscientemente (es decir, que su amor sea auténtico) a su paciente lo que posibilitará que este venza su miedo patológico a su separación esencial: "*Nadie puede*

curar a los demás si no tiene un auténtico deseo de ayudarlos. Y nadie puede tener el deseo de ayudar si no ama, en el sentido más estricto del término" (Nacht, 1966, p. 164).

Es esta actitud profunda y verdadera, mas que la técnica del psicoanalista, lo que posibilitará la cura.

Al paciente no le cura el amor del analista, lo que Nacht afirma (creemos que con Freud) es que el paciente se cura *en presencia* del amor del analista.

¿Se aleja mucho esta idea del concepto, visto más arriba, de *responsividad óptima*?

Pensamos que Ávila, desde una posición relativamente crítica, recoge muy bien esta perspectiva freudiana acudiendo a la lectura intersubjetiva que hace Bollas (2001) de Freud: *"el analista que se ciñe a la posición freudiana aporta un marco mental de autoexploración que facilita poderosamente la expresión y sostiene las asociaciones libres del analizado, le permite que despliegue sus relaciones de objeto inconscientes, y también la expresión de sus tendencias de carácter. El analizado se expresa así como el niño/a que puede desplegar su juego porque está en presencia de otro, que le brinda el sostenimiento necesario. Y el analista, gracias a su posición ejerce una influencia decisiva para que la persona le pueda usar como un objeto en presencia de su otro (subjetivo), y al "sobrevivir" a dicha plena libre expresión, permite que diferencie entre su uso subjetivo (el analista usado como objeto interno del paciente) y el uso objetivo, constatable en lo real (protegido por los límites del encuadre) y diferente. Pero esta lectura de los procesos implicados en el encuentro analítico es actual, no está en Freud³¹, desarrollarla ha requerido generaciones de analistas que han cambiado el paradigma de comprensión del psicoanálisis pulsional a la intersubjetividad" (Ávila, 2013, pp. 63-64).*

Retomando las ideas expuestas de Sacha Nacht respecto de la neurosis de transferencia, y en convergencia con ellas, sigue afirmando Ávila: *"Bollas (2001) subraya que en su respuesta inconsciente al analizado, el analista se auto-descubre y revela, pero no en facetas biográficas o de comportamiento, sino a través del idioma de su creatividad inconsciente, transformando lo que se suele denominar "técnica analítica" en el trabajo que el inconsciente del analista realiza en la situación analítica (...). Este sería para Bollas el compromiso intersubjetivo freudiano, que no negaría las determinaciones interpersonales e intersubjetivas, pero elige dejarlas de lado, en lo posible, para potenciar el registro de la comunicación inconsciente (...). Lo expresa así:*

"... todas las relaciones humanas implican una intersubjetividad profunda. Y, sobre todos los demás teóricos, fue Freud quien inventó un espacio relacional para el procesamiento informativo de esta intersubjetividad (...).

La teoría de Freud de la libre asociación y de la atención uniformemente suspendida es una teoría de la transferencia y de la contra-transferencia -en muchos aspectos, una teoría más

compleja y fundamental del efecto mutuo del paciente y del psicoanalista que aquellas teorías que lo piensan mediante los conceptos de identificación proyectiva, enactment mutuo o relación de rol-. El par freudiano transfiere los contenidos inconscientes del paciente a la organización inconsciente del psicoanalista, y mediante cambios en la secuencia de las ideas en una sesión - o más simplemente, la lógica revelada a través de cambios de temas- el paciente establece una lógica secuencial que será revelada al analista mediante su captación inconsciente de dichos nexos" (2001, p. 99)" (Ávila, 2013, pp. 64-65).

Finalizamos este apartado citando una vez más a este eminente representante del psicoanálisis relacional, dado que en ella aún en términos actuales los que pensamos que se ha venido gestando en términos pretéritos, si se nos permite esta expresión.

Ávila, después de realizar un recorrido histórico-crítico por las diferentes concepciones del par transferencia-contratransferencia, concluye: *"¿Qué alternativa tenemos? Los investigadores del llamado Grupo de Boston (D.N. Stern et al., 1998; Boston Group, 2002, 2003) han propuesto que centremos nuestra atención en el conocimiento relacional implícito que está en la base de las formas de estar paciente terapeuta que denominamos transferencia/contratransferencia. Lo esencial (...) es que, aunque no esté representado simbólicamente, tampoco está reprimido o filtrado por las defensas. Está, actúa, tenemos algún nivel de experiencia de él (¿intuitiva?) pero no podemos formularlo como conocimiento declarativo, salvo a posteriori. Examinando la secuencia pasado-presente-posterior hallamos la constelación de significaciones del vínculo. Se trata de la relación implícita compartida, conocimiento implícito compartido sobre una relación que se ha construido desde el vínculo, y que puede reproducir o resonar otras relaciones, más probablemente aquellas que han dejado una huella por su pregnancia conflictiva o estructurante. Reproducción o reconocimiento, pero de una relación que se está dando realmente ahora. Transferencia como reconocimiento en la experiencia del vínculo actual del vínculo pretérito. Un proceso que se vive en el presente, que reproduce un proceso anterior, bien por sus contenidos o sus estructuras. Pasado y presente se solapan, se deslizan uno sobre otro en una experiencia compartida, co-construida por ambos partícipes, paciente y analista" (Ávila, 2005, p. 199).*

Pensamos que, si pudiera concebirse un tipo de conocimiento relacional implícito en el desarrollo transgeneracional de la teoría psicoanalítica, parecería que hoy es el tiempo del saber declarativo.

Quinta Unidad

Compuesta por los dos últimos párrafos del texto, esta unidad final es una continuación del contenido de la unidad anterior, siguiendo Freud con las prescripciones técnicas respecto al trabajo con las resistencias.

En este período de tránsito en la teoría freudiana el objetivo inicial del tratamiento (hacer consciente lo inconsciente) cambia y deja paso al descubrimiento de las resistencias operantes como meta final del tratamiento, el análisis es ahora un *análisis de resistencias* (Fernández, 1987, p. 126), y en el proceso es preciso entender que una de las consecuencias naturales de "tocar" la resistencia es, justamente, su recrudescimiento que será expresado de múltiples formas (enfermedades o síntomas nuevos, dificultad para la asociación, desgana o aburrimiento, accidentes, etc.) pero todas ellas se oponen al avance del tratamiento.

El analista novel debe entenderlo así, lo cual no significa un estancamiento, sino sencillamente la tarea que hay que seguir haciendo: "*Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él; para reelaborarla [durcharbeiten], 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 las alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia*" (Freud, A.E., XII, p. 157. Los subrayados son nuestros).

El verbo *durcharbeiten* posee una variedad de traducciones que hacen referencia a un mismo concepto, pero como sucede con otros conceptos freudianos, es preciso entenderlo en el momento histórico en el que es utilizado por su autor. Por ejemplo, si tomamos la *compulsión de repetición*, no es lo mismo entenderla sometida al *principio del placer* (Freud, 1914) que, sometida al principio del placer, pero bajo el dominio de la *pulsión de muerte* (Freud, 1920), y ello porque la teoría de la técnica se modifica en función del presupuesto teórico en el que dicha técnica se apoya.

El término *durcharbeiten* es traducido como "elaborar", "reelaborar", "elaboración", "reelaboración", incluso como "perlaboración".

Tal vez la traducción más adecuada sea la de Strachey (Fernández, 1988, p. 16), de modo que para este autor hubiera sido más adecuado que López Ballesteros utilizara el infinitivo: *Recordar, repetir y elaborar*, pero ¿cuál es el matiz diferencial?

Bueno, el matiz es importante a nuestros fines, dado que *elaborar* o *reelaborar* "*es un concepto freudiano que va cobrando su significado en un momento posterior a 1914, en concreto, a partir de El Yo y el Ello (1923) y será un concepto plenamente desarrollado una vez culmine la "Teoría Estructural" con Inhibición, síntoma y angustia (1926). En el período*

económico-transferencial en el que se ubica este ensayo, hubiera sido más adecuada la traducción de "Durcharbeiten" como "trabajo elaborativo" (Tinajas, 1999, p. 295).

Es decir, en este período de la teoría freudiana el término señala el *trabajo en común* entre el médico y el paciente, el paciente y el médico, para vencer las resistencias al avance del tratamiento.

Freud recurre frecuentemente al término "*Arbeit*" (trabajo) en la articulación de conceptos para subrayar la cualidad energética del esfuerzo en realizar cualquier tarea psíquica ("*Traumarbeit*" (trabajo del sueño), "*Trauerarbeit*" (trabajo de duelo), "*Durcharbeiten*" (trabajo elaborativo)) y éste trabajo, en este periodo, apunta a *trabajo conjunto* (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 437) donde la interpretación (analista) favorece el cambio en el patrón repetitivo (paciente).

Esta lucha conjunta, este desgaste de las resistencias (que son *resistencias del yo*: de represión, de transferencia y ventajas secundarias) mediante el trabajo elaborativo, donde la represión pierde su vigor debido a la posibilidad de expresión de los impulsos reprimidos en la relación transferencial, es conceptualmente diferente de lo que supone la *elaboración*.

En efecto, después del vuelvo teórico que supone la introducción de la *pulsión de muerte* en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920), y el asentamiento definitivo de la Teoría Estructural (*El Yo y el Ello* (Freud, 1923) en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926)), "*el concepto de elaboración se adscribe a la lucha contra las resistencias del ello*" (Etchegoyen, 1986, p. 628).

Si el *trabajo elaborativo* se hace sobre las resistencias del *yo*, la *elaboración* tiene que ver con las resistencias del *ello* e implica "*la transformación de la cantidad de energía que permite controlarla, derivándola o ligándola*" (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 106). El objetivo terapéutico del psicoanálisis se hace más ambicioso, persiguiendo una transformación de las instancias mismas de la personalidad -yo, ello, superyó- y de las relaciones entre ellas.

La elaboración es una capacidad reservada al paciente. Se podría decir, que surge como fruto maduro del trabajo previo sobre sus resistencias yoicas.

En esta unidad final también se aprecia cómo el técnico Freud está próximo a su paciente, trabajando en *común con él*.

Considerándolo de cerca, en 1914, Freud no parece -al menos plenamente- el cirujano desafectado, ni el inmaculado espejo cuya tarea es devolver al paciente lo que este le transfiere.

¿Y después?

Cuatro

A modo de conclusión podemos decir que sí es posible realizar una lectura intersubjetiva y relacional de Freud, al menos del autor en el momento de escribir el texto que hemos tomado como referencia, *Recuerdo, repetición y elaboración*.

La lente que permite tal lectura tiene en consideración la matriz cultural, social, familiar, científica y profesional, es decir, la matriz global -si tal cosa fuera posible- donde la subjetividad de Freud se estructura como persona, como clínico y como teórico. En todo caso se trata de una estructuración dinámica, sensible a las incidencias en los elementos que conforman la matriz generativa de su mente excepcional, siempre reactiva a los estímulos que a su vez la van conformando. Por ello, su producción científica se ve constantemente (auto)revisada y reformulada.

Podemos estar más o menos de acuerdo con los resultados, pero es incuestionable su trascendencia.

Sin él, no estaríamos aquí.

REFERENCIAS:

- Abraham, N., & Torok, M. (1987). *La corteza y el núcleo*. Barcelona, Amorrortu, 2005.
- Anzieu, D. (1975), *L'Auto-Analyse De Freud et la Decouverte de la Psychoanalyse*, 1. Paris, Presses Universitaires de Franc.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Aron, L. (2000). La auto-reflexividad y la acción terapéutica del psicoanálisis. *Intersubjetivo 1 (6)*, 39-57, 2004.
- Aron, L. & Benjamin, J. (1999). *Intersubjective processes (recognition and identification) in the therapeutic action of psychoanalysis*. Paper presented the Spring Meeting of Division 39 of the American Psychological Association, New York.
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Revista Intersubjetivo 2 (7)*, 195-220.
- Ávila Espada, A. (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Alejandro Ávila Espada (Ed.), Madrid, Ágora Relacional.
- Bacal, H. A. (1998). *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bacal, H. A. & Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness. An Outline. *Psychoanalytic Psychology 20 (4)*, 635-648.

- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanal. Psychol.* 11, 127-165.
- Beebe, B. & Lachmann, F. & Jaffre, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues* 7, 133-182.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. & Sorter, D. (2003). Symposium on intersubjectivity in infant research and its implications for adult treatment, Part. I. *Psychoanalytic Dialogues*, 13 (6), 734-842.
- Benyakar, M. & Lezica A. (2016). El Complejo Traumático a la luz del Modelo de los Tres Espacios. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, abril, 1-14. <http://www.asociación-mentalización.com>
- Benjamin, J. (1988). *Los lazos de Amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires. Paidós, 1996.
- Benjamin, J. (1995). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. in *Like Subjects, Love Objects: Essay on Recognition and Sexual Difference*. New Haven: Yale University Press.
- Benjamin, J. (2004). Más allá de la dualidad agente-paciente: Una visión intersubjetiva del tercero. *Intersubjetivo* 1 (6), 7-38.
- Bibring, G. L. (1935). A contribution to the subject of transference resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 169-173.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Bleichmar, H. B. (1978). Recuerdo, repetición y elaboración. En *Cursos de Formación en Psicoanálisis* vol.12, Madrid, Elipsis.
- Bleuler, E. (1912). The theory of schizophrenic negativism (W.A. White, Trans.). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 39, 50-57, 133-139, 195-202, 274-279. <https://doi.org/10.1097/00005053-191201000-00009>
- Bollas, C. (2001). Freudian Intersubjectivity: Commentary on Paper by Julie Gerhardt and Annie Sweetnam. *Psychoanalytic Dialogues* 11, 93-105.
- Boston Change Process Study Group (2002). Report III: Explicating the implicit. The Local level and the Microprocess of Change in the Analytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 83, 1051-1062.
- Boston Change Process Study Group (2003). The "something more" than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (3), 693-729 (BCPSG IV).
- Botero, M. S., Pardey, H. A., Santacruz, A. F., & Perdomo, O. (2001). *La palabra, diez años*. Santiago de Cali, Universidad de Humanidades.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres, Routledge.
- Bromberg, P. M. (2012). Credo. *Psychoanalytic Dialogues*, 22, 273-278.
- Coderch, J. (1975). *La interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*. Barcelona, Herder.

- Coderch, J., Castaño, R., Codosero, A., Daurella, N., & Rodríguez, C. (2014). *Avances en psicoanálisis relacional. Nuevos campos de exploración para el psicoanálisis*. Madrid, Ágora Relacional.
- Colectivo GRITA (Espinosa, S., García-Valdecasas, S., Pinto, J. M., Sutil, C., Vivar, P., Aburto, M., Ávila, A., Bastos, A.) (2005). Procesos de mutualidad y reconocimiento. Un nuevo contexto para la consideración de la transferencia. *Intersubjetivo 2 (7)*, 180-194.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1988). Bases de Datos
- en alemán: PSYINDEX (1977-1997)
 - en español: TESEO (1976-1997)
 - en inglés: DISSERTATIONS ABSTRACTS (1987-1997); ISOC (1980- 1997); PSYCBOOK (1987-1997); PSYCLIT (1974-1997).
- Cornell, W. (2003). Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character*, 32, 45-55.
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59, Octubre. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001041>
- Emde, R. N. (1988a). Development Terminable and Interminable-I Innate and Motivational. Origin and Factors from Infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 23-42.
- Emde, R. N. (1988b). Development Terminable and Interminable-II Recent Psychoanalytic Theory and Therapeutic Considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 283-296.
- Engelman, E. (1938). Bergstrasse 19: Sigmund Freud'home and Offices, Viena, 1938. *Basic Books*, NY: New York, 1976.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Barcelona, Herder, 1995.
- De Diego Vallejo, R. & De Diego Vallejo, J. A. (1990). Técnicas de archivo. En *Cuestiones sobre método y medida en Psicología*, Salamanca, Amarú.
- Ferenczi, S. (1985). *Diario Clínico*. Buenos Aires, Conjetural, 1988
- Fernández Villamarzo, P. (1986). Las técnicas activas en psicoterapia psicoanalítica: perspectiva freudiana. *Clínica y Análisis Grupal* 40, 291-307.
- Fernández Villamarzo, P. (1987). Seminario de Escritos Técnicos Freudianos. En *Curso General de Técnica Psicoanalítica*, vol. I. Madrid, Instituto Superior de Estudios Freudianos.
- Fernández Villamarzo, P. (1988). *El método terapéutico en la obra de Freud. Un intento de sistematización*. Salamanca, Universidad Pontificia Campus de Salamanca.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=86>
- Freud, S.
- ___ (1893) El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación Preliminar), Freud-Breuer. En *Obras Completas I*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, 41-50.
- ___(1895) Estudios sobre la histeria (con Breuer). *O. C. I*, 51-168.

- __(1899) Los recuerdos encubridores. *O. C. I*, 330-341.
- __(1900) La interpretación de los sueños. *O. C. I*, 343-720.
- __(1909) Análisis de un caso de neurosis obsesiva. *O. C. II*, 1441-1486.
- __(1914a) Recuerdo, repetición y elaboración. *O.C. II*, 1683-1688; Recordar, repetir y reelaborar. En Amorrortu Editores, vol. XII, 149-157, Buenos Aires, 1958.
- __(1914b) Historia del movimiento psicoanalítico. *O. C. II*, 1895-1930.; Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *A. E.*, vol. XIV, 1-64.
- __(1914c) Introducción al narcisismo. *O. C. I*, 1083-1096; Introducción del narcisismo, *A.E.*, vol. XIV, 65-98.
- __(1915) Observaciones sobre el amor de transferencia. *O. C. I*, 1096-1103.
- __(1916-17) Lecciones introductorias al psicoanálisis. *O. C. II*, 2123-2482.
- __(1920) Más allá del principio del placer. *O. C. III*, 2507- 2541.
- __(1921) Psicología de las masas y análisis del yo. *A. E.*, vol. XVIII, 63-128.
- __(1923) El Yo y el Ello, *O. C. II*, 2701-2728.
- __(1926) Inhibición, síntoma y angustia. *O.C. III*, 2833-2883.
- __(1937a) Construcciones en Psicoanálisis. *O. C. III*, 3365-3373.
- __(1937b) Análisis terminable e interminable. *O. C. III*, 3339-3418.
- __(1965) *Sigmund Freud-Karl Abraham. Correspondencia*. Barcelona, Gedisa, 1979.
- __ Freud, S. (1928) *Sigmund Freud-Sandor Ferenczi. Correspondencia completa*, 4 vols. Barcelona, Síntesis.
- Freud, E., Freud, L. & Grubrich-Simitis, I. (1976). *Sigmund Freud. Su vida en imágenes y textos*. Buenos Aires, Paidós.
- Fuentes, M., Martínez, B., Piñeiro, S. & Angosto, T. (2008). Biografía de Sabina Spielrein (1885-1942): una historia de los primeros años del psicoanálisis. Madrid, *Asociación Española de Neuropsiquiatría vol. 28, 1*.
- Gallo Mezo, P. (1998). *La regresión. Aproximación teórica, clínica y técnica*. Salamanca, Amarú.
- Gardiner, M. (1971). *Los casos clínicos de Sigmund Freud. El Hombre de los lobos por el Hombre de los lobos*. (Gardiner, Ed.), Buenos Aires, Nueva Visión, 2002.
- Ghent, E. (1990). Masochism, Submission, Surrender-Masochism as a Perversion of Surrender. *Contemp. Psychoanal.* 26, 108-136.
- Ghent, E. (1992). Paradox and process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2 (2), 135-159.
- Greenberg (1998). Jay Greenberg and Steve Mitchell: Interviews from The White Society Voice (1993-1994). In *Contemporary psychoanalysis 49 (1)*, 35-50, December 2013.
- Green, (1993). Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante. En *El trabajo de lo negativo*, pp. 117- 126, Buenos Aires, Amorrortu.

- Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Madrid, Siglo XXI, 1991.
- Grinstein, A. (1956-1975). *The Index of Psychoanalytic Writings* 14 vols.. International University Press, New York.
- Gutiérrez Terrazas, J. (1988 y 1990). *Los dos pilares del psicoanálisis: el pulsional y el inconsciente*. Barcelona, Hogar del Libro.
- Herman, J. L., (1992). *Trauma y recuperación*. Madrid, Espasa Calpe, 2004.
- Hornstein, L., (1990). Recordar, repetir y reelaborar, una lectura. En *Lecturas de Freud*. Bleichmar, S., Hornstein, L., Maldavsky, J., Gutiérrez Terrazas, J. & Rodríguez, J., Buenos aires, Lugar Editorial.
- Jones, E. (1953, 1955, 1957). *Vida y Obra de Sigmund Freud* 3 vols. Buenos Aires. Hormé-Paidós, 1989.
- Kardiner, A. (1977). *Mi análisis con Freud*. México, Ed. Joaquín Mortiz, S.A. (1979).
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En *Obras Completas*, II, pp. 275-301, Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1995.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del sí-mismo*. México, Editorial Paidós, 1999.
- Kristeva, J. (1987). *Freud and love. In Tales of love*. New York, Columbia University Press.
- Kubie, L. S. (1939). A critical analysis of the subject of the concept of a repetition compulsion. *International Journal of Psychoanalysis* 20, 309-402.
- Krull, M. (1979). *Freud Und Sein Vater*. Die Entehung Der Psychoanalyses Und Freuds Ungeloste Vaterbingung. Munich: C. H. Beck.
- Lacan, J. (1953-54). El Seminario. Libro 1, *Los Escritos Técnicos de Freud*. Buenos Aires, Paidós, 1988.
- Lachmann, F. & Beebe, B. (1996). Three principles of salience in the patient-analyst interaction. *Psychonal. Psychol.* 13, 1-22.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, Paidós, 1996.
- Lothane, Z. (1997). Freud and the Interpersonal. *International Forum of Psychoanalysis* 6, 175-183.
- Lothane, Z. (2003). What did Freud say about Persons and Relations? *Psychoanalytic Psychology* 20 (4), 609-617.
- Lyons-Ruth, K. (1999). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4, 2000. www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000107
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnostic. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, NY: The Guilford Press.
- Masson, J. M. (1984), *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. Farrar, Strauss & Giroux, New York.

- Menor, M. (2014). Reseña de Personalidad disociativa (McWilliams, N. Diagnóstico Psicoanalítico. Comprendiendo la estructura de personalidad en el proceso clínico). *Aperturas Psicoanalíticas*, 47, 2014 <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=856>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. Buenos Aires. Planeta, 1993.
- Mitchell, S. A. (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Madrid, Siglo XXI Eds. 1998.
- Mitchell, S. A. (1991). Discussion. The analytic stalemate: Clinical perspectives. *Contemp. Psychoanal.* 27, 518-527.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influencia y autonomía en psicoanálisis*. Madrid, Ágora Relacional 2015.
- Nach, S. (1966). *La presencia del psicoanalista*. Buenos Aires, Proteo, 1967.
- Natterson, J. & Friedman, R. (1995). *A primer of intersubjectivity*. Northvale. NJ. Jason Aronson.
- Obholzer, K. (1980). *Conversaciones con el hombre de los lobos. Un psicoanálisis y sus consecuencias*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1996.
- Ogden, T. (1986). *La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico*. Madrid, Tecnipublicaciones, 1989.
- Orange, D. M., (2013). *El Desconocido que sufre*. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.
- Pereña F. (2002). *El hombre sin argumento. Una introducción a la clínica psicoanalítica*. Ed. Síntesis. Madrid.
- Pereña, F. (2011). *Incongruencias. Una reflexión autobiográfica*. Ed. Síntesis. Madrid.
- Sassenfeld, A. (2007). Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. En *Revista GPU*, 3 (2), 177-188.
- Schur, M. (1972). *Freud: Living and Dying*. International Universities Press, New York.
- Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 140-160.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. In *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Stern, D. N. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires, Paidós.
- Stern D. B. (1997). *Unformulated experience: from dissociation to imagination in psychoanalysis*. New York, The Analytic Press.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweilerstern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: "The Somethings More Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79, 903-921 (BCPSG I)
- Stolorow, R., Brandschaft, B., & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona, Herder Editorial, 2004.

Strachey, J. (1958).

__Introducción a los Escritos Técnicos de Freud. *A.E.*, vol. XII, 72-82, Buenos Aires, 1976.

__Nota al pie. *A. E.* XII, p. 150.

__Nota al pie. *A. E.* XII, p. 151.

__Nota al pie. *A. E.* XII, p. 153.

__Nota al pie. *A. E.* XII, p. 157.

Sulloway, F. (1979). *Freud: Biologist of the Mind*. Basic Books, New York.

Tinajas Puertas, A. (1999). Recuerdo, repetición y elaboración. Una lectura. En *Actualidad de Sigmund Freud. Teoría, clínica y técnica*. Fernández Villamarzo, P. (Ed.), Ediciones Académicas S.A., Madrid, 267-299.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *El Yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao, Desclée de Brouwer, S.A., 2008.

Van der Hart, O., Steele, K., & Nijenhuis, E.R.S. (2012). El tratamiento de los recuerdos traumáticos en pacientes con trastornos disociativos complejos. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y disociación*, 3 (2), 1- 42.

Van der Hart, O., Steele, K., & Boon, P. (2017). *El tratamiento de la disociación relacionada con el trauma*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2018.

Viereck – Freud (1926). El valor de la vida. *Journal of Psychology*, New York, 1957.
https://www.thecjc.org/pdf/entrevista_freud.pdf

Wallin, D. J. (2007). *El apego en psicoterapia*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2012.

Winnicott, D.W. (1974). El temor al derrumbe. *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. IV (2), 269-280, 1982.

Wolf, E. (1976). Ambiance and abstinence. *Annual of Psychoanalysis*, 4, 101-115.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. In *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Original recibido con fecha: 11/2/2022

Revisado: 1/3/2022

Aceptado: 30/03/2022

NOTAS:

¹ En psicoanálisis, se conoce como *constructivismo* a una forma de concepción de la experiencia -en el reconocimiento clínico, sea del terapeuta, del paciente y de *ambos en relación*- en cuanto que en sí misma, esta experiencia es indeterminada, alcanzando su sentido progresivo en la interacción clínica (D. B. Stern, 1997; Benyakar & Lezica, 2016).

² "No es este el lugar para referirme a todas las fases de mi tratamiento. Lo único que puedo decir es que en mi análisis con Freud yo no me sentía tanto en la situación de paciente como en la de colaborador, el camarada más joven de un explorador experimentado que se embarca en el estudio de un territorio nuevo y recién descubierto (...). Esta sensación de "trabajar juntos" se intensificaba por el hecho de que Freud reconociera mi comprensión del psicoanálisis, de modo que una vez llegó a decir que sería bueno que todos sus discípulos pudieran captar la esencia del psicoanálisis con tanta seguridad como yo" (Pankéyev en Garnider, 2002, p.164)

³ Según Ávila, para Lothane (2003) "*Freud fue un interpersonal sin saberlo, sin ni siquiera conocer el término, que la concepción interpersonal está latente en Freud, aunque no se haga explícita*" (Ávila, 2013, p. 60).

⁴ Las fuentes de documentación responden fundamentalmente a las utilizadas en un trabajo anterior (Tinajas, 1999): Obras Completas de Sigmund Freud (Eds. Biblioteca Nueva (1948) y Amorrortu Editores (1958)); Jones (1953; 1955; 1957); Grinstein, *The Index of Psychoanalytic Writings* búsquedas retrospectivas hasta 1969 y Bases de Datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CINDOC) en alemán, español e inglés.

⁵ Un análisis más detallado de esta división en *unidades de contenido* puede consultarse en Tinajas (1999).

⁶ Obviando los párrafos 4º, 5º, 6º y 7º, porque, según nos informa Strachey (A.E., XII, p. 150), estos párrafos constituyen una *intercalación* que realizó Freud y, por tanto, serán considerados una unidad de análisis en sí mismos.

⁷ En 1893 Freud y Breuer creaban un método tan novedoso que incluso tuvieron que inventarse los vocablos que lo conformaban: "*al parecer, el neologismo "abreagieren" fue creado por Breuer y Freud a partir del verbo "reagieren", utilizado en su forma transitiva, y el prefijo "ab", que posee diversas significaciones, en especial distancia en el tiempo, separación, disminución, supresión, etc.*" (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 2).

⁸ Ya en la *Comunicación Preliminar* redactada en 1892, Breuer y Freud afirman: "*el gran trauma único es reemplazado a menudo por una serie de traumas menores, vinculados por sus similitudes o por formar parte de una misma historia de infortunios*" (Freud/Breuer, 1893, p. 52). Tres años más tarde "*Freud postula un inconsciente constituido por varios núcleos patógenos con conexiones entre sí. El cuerpo extraño será considerado como un incrustado*" (Hornstein, 1990, p. 181), va surgiendo en Freud la concepción dinámica del conflicto psíquico: "*No esperamos, por tanto, hallar un único recuerdo traumático, y como nódulo del mismo una sola representación patógena, sino, por el contrario, series enteras de traumas parciales y concatenaciones de procesos mentales patógenos*" (Freud, 1895, p. 158).

⁹ Para ser precisos, el término justo sería *asimétricamente* (Ávila, 2005).

¹⁰ "*La intersubjetividad se ha convertido en un concepto esencial tanto para los investigadores de la infancia como para los teóricos psicoanalíticos, aunque no existe consenso en lo que respecta a su significado. Se concibe de muy distintos modos: como un rasgo innato de la condición humana, un logro del desarrollo y/o una teoría de la terapia. En vista de los múltiples usos de la palabra, Beebe, Knoblauch, Rustin y Sorter (2003) recomiendan que pensemos en términos de "formas de intersubjetividad". Como la intersubjetividad, desde una perspectiva laxa, describe la interacción entre dos subjetividades -la interfaz de dos mentes-, es un elemento central para los vínculos de desarrollo de la infancia y la psicoterapia*" (Wallin, 2012, p. 55).

¹¹ Es en *Recuerdo repetición y elaboración* donde Freud introduce por primera vez algunos conceptos extraordinariamente trascendentes en su obra y en la historia posterior del pensamiento psicoanalítico. Ocurre así con el concepto de *compulsión de repetición* (Strachey, A.E., XII, p. 152), *neurosis de transferencia* y *elaboración* (Greenson, 1967, p. 172; Laplanche & Pontalis, 1967, p. 251) y Freud prefigura el concepto de *construcción* (Bleichmar, 1987, p. 15) que desarrollará en *Construcciones en Psicoanálisis* (Freud, 1937).

¹² Agradezco al Dr. Rodríguez Sutil su regalo, que envuelto en mutuo respeto, contiene estas dos citas referentes a la alianza de trabajo en la obra de Freud.

¹³ "*(...) el papel del terapeuta es análogo al de una madre que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo*" (Bowlby, 1988, p. 140).

¹⁴ "*El propio Freud creía que el tratamiento de una neurosis grave era al mismo tiempo una educación del paciente. No necesito destacar el hecho de que Freud practicaba esta tarea educativa de manera más delicada y que la influencia puramente humana que ejercía sobre sus pacientes, en virtud de la grandeza de su personalidad, no podía menos que ser profunda y duradera*" (Pankéyev en Garnider, 2002, p.165).

¹⁵ Tal vez sea más exacto decir que, en Freud, la enfermedad del sujeto *encuentra expresión* en las relaciones infantiles, lo cual deja lugar al *objeto externo* -aun cuando este objeto perdiera interés para él a partir de 1901 (explicitándose este salto conceptual en la teoría freudiana en *Análisis fragmentario de una histeria* (Freud, 1905): "*es en el "Epílogo" del "Análisis fragmentario de una histeria" (O.C. 996-1002), publicado en 1905 pero escrito en enero de 1901 (H. Etchegoyen, 1986, p. 97), donde la concepción clínica y técnica del fenómeno transferencial cierra el período "tópico traumático" en la obra de Freud. Efectivamente, "Dora" da paso a las conceptualizaciones económico-transferenciales donde el conflicto psíquico es concebido en función de los*

desarrollos freudianos sobre la Teoría de la Pulsión, "en términos económicos de oposición entre pulsiones del yo y pulsiones sexuales" (P. F. Villamarzo, 1986, p. 268)" (Tinajas, 1999, p. 278).

¹⁶ Se trata de los párrafos 3º, 4º, 5º, 6º y 7º. Estos párrafos, en la primera edición en alemán de *Recuerdo, repetición y elaboración* en el *International Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* aparecieron con un tipo de letra más pequeño. En las sucesivas reimpresiones este detalle desaparecería (Strachey, A. E., XII, p. 150).

¹⁷ Realmente esta no es sino una referencia a la renuncia (aunque no absolutamente) y tránsito de Freud de su teoría de la seducción a su teoría pulsional. Las interpretaciones -dentro y fuera del Movimiento Psicoanalítico- para este desarrollo de Freud son múltiples. Para profundizar en esta diversidad puede consultarse, entre otros: Jones, 1953; Shur, 1972; Anzieu, 1975; Sulloway, 1979; Krull, 1979; Masson, 1984; Ferenczi, 1985; Herman, 1992; McWilliams, 2011 o Menor, 2014.

¹⁸ Liberman, siguiendo a Gutiérrez (1990) nos recuerda que "encontramos en Freud dos teorías de la fantasía. Una de las modalidades de la fantasía está planteada en el Manuscrito M (anexo a la Carta 63 de Freud a Fliess del 25 de mayo de 1897) en donde dice: "Las fantasías se generan por una conjunción inconsciente entre vivencias y cosas oídas, de acuerdo con ciertas tendencias (...). La formación de fantasía acontece por combinación y desfiguración análogamente a la descomposición de un cuerpo químico que se combina con otro" (Freud, A.E. I., p. 293) y comenta el propio Gutiérrez Terrazas: "Estamos claramente ante un modo de constitución por inscripción exógena de huellas mnémicas procedentes de la relación con el objeto exterior" (Terrazas, 1990, p. 113). La otra modalidad de la fantasía que se encuentra en Freud, quizás la más extendida y centralmente sostenida por este (y no como la del Manuscrito M. que aparece solo marginalmente) es la que está presente en Tres ensayos de una teoría sexual en donde define a la fantasía como una delegación y/o representación del cuerpo en lo psíquico" (Liberman, en Ávila, 2013, p. 382).

¹⁹ En la edición de las Obras Completas por Amorrortu, este párrafo fue sido traducido como "los otros grupos de procesos psíquicos que como actos puramente internos uno puede oponer a las impresiones y vivencias -fantasías, procesos de referimiento, moción de sentimientos, nexos- deben ser considerados separadamente en su relación con el olvidar y el recordar" (A. E., XII, pp. 150-151).

²⁰ Hasta estos momentos, la cualidad diferencial de los mecanismos de defensa va a depender tanto del momento evolutivo de su entrada en acción y cristalización en la primera infancia del sujeto, como de la intensidad de su respuesta ante (la intensidad) del exterior traumático. A partir de la primera década del siglo XX la teoría del conflicto entre *pulsiones del yo* y *pulsiones sexuales* o *teoría de la pulsión* cobra fuerza en el pensamiento freudiano, y, por tanto, a partir de este período, los mecanismos van a entrar en funcionamiento también en función de la cualidad e intensidad de las fantasías del sujeto. Es así que los mecanismos de defensa (y las resistencias en el tratamiento) podrán ser más o menos *patológicos* (desde los mecanismos más psicóticos -por tempranos- como la negación de la realidad o la proyección, a los más evolucionados como la sublimación); en términos de resistencia, un extremo estaría representado por la *regresión masiva* que derivará en el delirio psicótico -caracterizada por una transferencia *intensa, masiva y confusional*-, y el otro extremo lo expresaría la resistencia del paciente a la regresión tópica, regresión más superficial -caracterizada por la resistencia a la vivencia transferencial).

²¹ Nos dice Greenson (1967) que este fenómeno es la resultante de la convergencia de los mecanismos defensivos implicados en la transferencia: *represión* (de la realidad traumatizante y/o fantasía patógena); *regresión* libidinal (a fases previas del desarrollo psicosexual donde pudieron producirse fijaciones libidinales); *desplazamiento* del objeto de la pulsión en el analista e intervención del *mecanismo de repetición* teóricamente sometido al *principio del placer*. A partir de *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920), la *compulsión de repetición* -la transferencia al fin- estará regida por el *principio del placer*, pero sometida al *instinto de muerte*: "un concepto descriptivo subordinado al principio de placer se transforma en un concepto genético y explicativo en *Más allá del principio del placer*" (Etchegoyen, 1986, p. 115). A partir de 1920 la transferencia, mas que la resistencia, será lo resistido.

²² Como sugiere Strachey, a mayor intensidad de la transferencia, mayor necesidad de ser reprimida: "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 partir de ese punto las resistencias comandan la secuencia de lo que se repetirá" (Strachey, A.E., XII, p. 153).

²³ Freud, en la *Adición* que realiza en 1914 a *La interpretación de los sueños*, distingue tres tipos de regresión: *regresión tópica, temporal o formal*, "que se corresponden con la intensidad regresiva requerida para la consecución de los distintos "niveles" u objetivos terapéuticos de la técnica analítica (P.F. Villamarzo, 1988, p. 22; P. Gallo, 1998, p. 76)" (Tinajas, 1999, p. 287).

²⁴ Si estamos de acuerdo con Melanie Klein cuando afirma que un duelo es el duelo por todos los duelos (Klein, 1940).

²⁵ Cabe añadir una apreciación crítica de Sacha Nacht respecto de un texto de Freud. En sentido contrario al utilizado por Nacht, esta crítica acerca de la participación afectiva del terapeuta en la lucha contra la resistencia de la paciente es una expresión más de un Freud *no neutral*, todo al contrario, involucrado de manera intensamente afectiva con su paciente: "Durante el trabajo psicoanalítico, el sentimiento de realizar esfuerzos repetidos e infructuosos jamás es tan penoso, jamás se tiene a tal punto la impresión de predicar en el desierto como cuando se quiere obligar a las mujeres a abandonar, por irrealizable, su deseo de tener un pene" (Freud, 1937).

²⁶ Un autor inequívocamente *relacional* como es Rodríguez Sutil, afirma: "Pienso que la perspectiva actual es la de la responsividad óptima de Bacal, también me sirven de referencia las consideraciones de Killingmo sobre el principio de abstinencia: la neutralidad es válida con los deseos, no con las necesidades evolutivas, por ejemplo, de reconocimiento empático" (Cifr. comunicación personal)

²⁷ Agradezco a Rodríguez Sutil su puntualización en cuanto a que el concepto de alianza terapéutica refiere al modelo freudiano, no siendo considerado ni por el modelo kleiniano ni por el modelo lacaniano.

²⁸ En su enorme esfuerzo sistematizador de la teoría y el método técnico psicoanalítico, Fernández Villamarzo (1986, 1987, 1988) nos enseña que, de cara al primer objetivo del tratamiento, las *intervenciones aclaratorias* (aspecto intelectual del proceso) y de *sintonía afectiva* (resonar genuino del terapeuta con el sufrimiento del paciente y su manifestación) son imprescindibles para la *alianza de trabajo*. Este tipo de intervenciones serán igualmente imprescindibles a lo largo de todo el tratamiento, dado que las defensas del sujeto siempre "tenderán al monte", y solo la percepción cierta *de la verdad* de que el otro escucha su sufrimiento podrá con las tendencias defensivas, abriendo así el paso a la comprensión y a la compasión del sujeto para consigo mismo y para los otros que, en su vida, resultaron significativos. En este proceso, la visión del terapeuta amplía el sentido unívoco que el paciente porta a la consulta.

²⁹ El concepto técnico de *neurosis de transferencia* deriva de las *neurosis de transferencia*, afecciones especialmente indicadas para la terapéutica psicoanalítica: "Las *histerias, histerias de angustia y neurosis obsesivas*, es donde la transferencia presta esta importancia extraordinaria e incluso central, desde el punto de vista del tratamiento, razón por la cual reunimos estas afecciones bajo el nombre común de *neurosis de transferencia*" (Freud, 1916-17, p. 2401).

³⁰ Ávila define un concepto relacional como es *mutualidad* en términos consonantes con la afirmación de Nacht. Para él la mutualidad es "un proceso dinámico en el cual ambos sujetos partícipes están mutuamente regulados o mutuamente influidos cada uno con el otro, consciente e inconscientemente. Esta regulación mutua origina sentimientos, pensamientos y acciones" (Ávila, 2013, p. 33).

³¹ En nuestra opinión, defendida en el presente trabajo, esta posición sí está en Freud clínico, también, de manera implícita y ocasionalmente explicitada en sus escritos, aunque, efectivamente, sólo el trabajo de las generaciones posteriores de psicoanalistas críticos con las posiciones instintivistas y energéticas freudianas pudo desarrollarla (la llamada a nota es nuestra).