

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA TRANSFERENCIA

SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE TRANSFER

Rosa M^a Zarandona

Psicóloga

Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen: sigue conservando toda su vigencia la observación que hiciera Lagache (1952) respecto al problema de la transferencia: en la literatura psicoanalítica se encuentra por todas partes, constituyendo un tema inagotable, y sin embargo, en cierto modo, no está en ninguna; los escritos específicos sobre la misma no abundan, y menos aún los que tienen como título el término, siendo, como es, responsable de las más diversas variaciones de la técnica, y aquello que permite fundamentar cuestiones básicas de la teoría. Por ello, el presente trabajo propone una revisión bibliográfica del concepto.

Palabras clave: transferencia, literatura psicoanalítica, concepto.

Abstract: Lagache's observation (1952) remains fully valid on the problem of transfer: in the psychoanalytic literature is everywhere, constituting an inexhaustible subject, and yet, in a way, is not in any; the specific writings about it are not common, and even fewer have the term in the title, being, as it is responsible for the most diverse variations of the technique, and that which can inform basic questions of the theory. Therefore, this paper proposes a literature review of the concept.

Keywords: transfer, psychoanalytic literature, concept.

Sin duda, dada la complejidad del fenómeno, es en la “metapsicología” del tratamiento donde se hallan las claves de la evolución en la concepción de la transferencia. Así sucede en la propia obra de Freud. Y en lo que sigue voy a aludir a algunos de esos momentos en la evolución de su pensamiento, que aceptados en lo fundamental por la mayoría de los autores (por ejemplo, el carácter *repetitivo* de la transferencia), dieron también lugar a importantes divergencias en los desarrollos del psicoanálisis. Ya en el capítulo sobre la “Psicoterapia de la histeria” (1895), Freud habla manifiestamente de transferencia a la hora de explicar las perturbaciones que surgen en la relación médico-paciente en el momento en el que fracasa el método catártico (o la sugestión con imposición de manos) en su objetivo de hacer recordar el suceso patógeno, o sea con la aparición de las

resistencias a que dicho suceso emerja como recuerdo consciente. Lo que se resiste a manifestarse en la relación, convierte a la relación en *resistente*, problemática, *transferencial*. La transferencia aparece así como obstáculo a la cura, como problema. Y el pensamiento de Freud es penetrante: la fuerza psíquica que se opone al reconocimiento consciente de la representación patógena debe ser la misma que en su momento contribuyó a la génesis de los síntomas (históricos en este caso).

Se trata de una defensa del Yo contra representaciones que suscitan afectos displacenteros, afectos que son “desplazados” sobre la figura del analista; experiencias pasadas (reprimidas en el pasado) que cobran vida (emergiendo en la relación actual), y cuya característica es la sustitución de una persona anterior por la persona del analista (“El caso Dora”).

Freud está convencido de que el vínculo predominantemente libidinal que implica la transferencia es una prueba de la naturaleza sexual de las neurosis. Sabido es que ante las manifestaciones amorosas de algunas pacientes, él no cree ser el causante de tales “arrebatos”, ni que se deban a lo irresistible de su persona: este enamoramiento depende exclusivamente de la situación analítica y no puede ser atribuido de ningún modo a los atractivos personales del analista, como dirá en “Observaciones sobre el amor de transferencia” (1915). ¿Cuándo surgían esos sentimientos?: cuando la investigación del pasado llegaba a un punto sensible; en vez de recordar, el paciente actuaba (reproducía) los sentimientos conflictivos.

Las dos vertientes mencionadas: la transferencia como expresión de la resistencia, y como la repetición desplazada de antiguos sentimientos infantiles (dirigidos originalmente a los objetos primarios), se convierten, no sólo en un obstáculo considerable, sino también en aquello que guía el esfuerzo terapéutico. El carácter de los sentimientos es esencialmente ambivalente, cuando no claramente negativo, aunque en el primer caso, y en las primeras fases del tratamiento adopten la forma de transferencia positiva. En cualquier caso son “reediciones” de impulsos y fantasías que cobran vida y han de hacerse conscientes durante el análisis, “disolviendo” con ello la transferencia. El carácter espontáneo de la transferencia (el analista no tiene “nada que ver”), y el hecho de que las transferencias son parte fundamental de las relaciones personales en las que hay cierta intensidad; todo ello constituía una especie de “dogma”, que fue siendo cuestionado, admitiendo que la “atmósfera” analítica (el aislamiento de la realidad, la inducción a lo infantil, la frustración) tiene efectos regresivos determinantes.

Ahora bien, no ayuda mucho a la comprensión del fenómeno cuando se tiende a interpretar en términos de transferencia la totalidad de la relación entre paciente y terapeuta. Hay muchos aspectos que responden a la situación presente y real. Podría decirse que inevitablemente se producen fenómenos de asimilación y acomodación a un *tú* desconocido. También las primeras, y

ocasionalmente sucesivas manifestaciones de “transferencia positiva” forman parte de la alianza de trabajo necesaria para el progreso de la terapia (y no me refiero a la llamada “luna de miel”, que suele durar poco y encierra mucho de lo que va a ser problemático). La transferencia o “transferencias” positivas que facilitan la labor terapéutica, son distintas, como ya señalara Freud (1912), de la cualidad de las transferencias que van surgiendo en el curso de la aproximación a los núcleos conflictivos inconscientes. Sin duda, puede decirse que en la relación terapéutica casi todo es significativo, y que como reza el axioma de la teoría de la comunicación: no es posible no comunicarse, de modo que en la “no transferencia” hay tanto sentido como en la “transferencia”. Ciertos sentimientos pueden proteger de la emergencia de otros, como en el caso de sentimientos hostiles que preservan de la amenaza de sentimientos positivos (de naturaleza erótica).

En 1914 Freud introdujo el concepto de “neurosis de transferencia”. Con ello quería resaltar el aspecto repetitivo de las relaciones tempranas conflictivas que dan forma a la relación con el terapeuta. Con los años abundaría en esta idea: el paciente *está obligado* a repetir el material reprimido, y vivirlo (actuarlo) en la actualidad de la relación en vez de *recordarlo* como perteneciente al pasado (1920); en este punto la neurosis anterior es reemplazada por una nueva “neurosis de transferencia”. Hay que tener en cuenta que Freud tuvo las primeras experiencias de este fenómeno en aquellas personas “predisuestas” especialmente a desarrollar transferencias, como era el caso de la histeria de conversión, histeria de angustia y neurosis obsesiva, a diferencia de otro tipo de patologías de componente “narcisista”, en las cuales se suponía que los fenómenos transferenciales nula o escasamente tenían lugar, de modo que el término de “neurosis de transferencia” no fue muy afortunado.

Por otra parte, la repetición del pasado fue progresivamente vista por Freud como efecto de la “compulsión” propia del instinto de muerte. La transferencia, junto a la neurosis traumática, son manifestaciones de un automatismo que está más allá del principio de placer-displacer. Ya en este tiempo sostiene un masoquismo primario y una pulsión autodestructiva (la muerte coexistiendo con la fuente de la vida).

Pese a este pesimismo característico de su pensamiento con el curso de los años y experiencias, en “Psicología de las masas y análisis de yo” (1921), hay algunas cuestiones importantes que atañen a la transferencia en su relación con el enamoramiento, la hipnosis y los fenómenos grupales, así como con la psicología del Yo, que cobrará una gran importancia. Gustav Le Bon, de cuya obra se sirve Freud, destaca el predominio de la personalidad inconsciente en el comportamiento de la masa (inhibición del sentido crítico y de la razón), la uniformidad de sus miembros debida a la sugestión y contagio de sentimientos e ideas, y la tendencia a transformar en

actos las ideas sugeridas. Freud explica la modificación que tiene lugar en los individuos, no sólo por la sugestión, sino por la existencia de un vínculo erótico que se oculta tras ella. Los fenómenos de sugestión y de hipnosis se entienden como dependencias eróticas y transferencia, y la naturaleza del enlace libidinoso pasa por el ideal del yo: en la masa los individuos han reemplazado su “ideal del yo” por un mismo objeto: el líder. En el enamoramiento, la idealización del objeto amoroso hace que éste ocupe el lugar del ideal del Yo. En la hipnosis, semejante en todo al enamoramiento, el hipnotizador ocupa igualmente el lugar del ideal del Yo. Aquí también la sugestión se basa en un vínculo erótico, un abandono total, eso sí, con *exclusión* de la satisfacción sexual, cosa que en el enamoramiento es demorada. Entre el hipnotizador y el hipnotizado se establece un *rapport*, una transferencia, y el primero asume progresivamente la prueba de realidad que era propia del yo al desviar la atención consciente y a la vez fijarla en su persona, de modo que el mundo queda desprovisto de interés. El paciente, como el hipnotizado, cuando experimenta la transferencia es, como decía Freud, “absorbido por ideas aún inconscientes que se refieren al médico”. Anna Freud haría referencia al estado intrapsíquico artificial de la situación analítica, similar al de la hipnosis, en el que la lucha de las fuerzas psíquicas del Yo y del Ello, debido precisamente a dicha situación, se decide a favor de este último.

En este punto merece la pena considerar someramente algunas de las ideas de Rado (1956) al respecto. Para este autor la técnica clásica no es el fin, sino el comienzo de lo que habrá de sufrir importantes modificaciones. Se muestra muy crítico con el concepto de “compulsión a la repetición” y sus consecuencias para el paciente: la asimilación a los padres que toma cuerpo en la figura del terapeuta, como forma en la que el paciente reproduce (repite) su pasado, supone mantener de algún modo a este último en un estado de obediencia acrítica, de dependencia infantil (a pesar de las interpretaciones que conectan pasado y presente). En este modo de ver las cosas, la “desobediencia” – desafío- del paciente, debe ser vencida: se le debe mostrar que es una repetición de su conducta infantil, introducida ahora de un modo perturbador en su relación con el médico (...)

En la técnica clásica, una preocupación excesiva por los problemas del significado y el desarrollo libidinal ha empequeñecido completamente la cuestión básica de toda psicoterapia: la estimación del valor adaptativo (positivo o negativo) de la actuación del paciente en la vida (...) En consecuencia, esta técnica no puede elevarlo a un nivel superior de organización psicodinámica. Ofreciendo al paciente una oportunidad singular para el aprendizaje afectivo durante un largo periodo de tiempo, puede obtener resultados terapéuticos no igualados; pero no puede reducir de un modo importante la propensión de aquél a una dependencia afectiva inadecuada. Si el peso de su tarea adaptativa aumenta, el paciente buscará abrigo en un sustituto del padre. (págs. 274-75)

Para Rado, un marco de referencia evolutivo adecuado, adaptativo, ha de procurar retener el paciente en niveles adultos de cooperación con el terapeuta, aumentando el nivel de confianza en sí sobre bases realistas, y entender la asimilación del terapeuta a los padres en el contexto del aquí y ahora, de modo que el sentido de la motivación inconsciente sólo ha de enunciarse en términos extrapolados de la motivación consciente.

En este sentido es indiscutible que ha debido desarrollarse una adecuada alianza terapéutica, lo que supone que el paciente posee rasgos de personalidad relativamente estables. Y como Sandler (1973) reconoce con notable acierto, aunque estos rasgos o cualidades tienen probablemente relación genética con unas buenas relaciones infantiles tempranas, “parecen ser en un grado importante independientes de aquellos sentimientos y actitudes que puede conceptuarse como ‘transferencia’” (pág. 26). Pues efectivamente *no es lo mismo* la disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar las dificultades internas –en lo que se basa el deseo consciente o inconsciente de cooperación– que buscar una u otra forma de gratificación infantil. Por otra parte, esto no significa que la denominada “alianza” sea equivalente al deseo del paciente de mejorar. Tras ella pueden esconderse expectativas mágicas que no ayudan nada (p.e. la conocida “huida hacia la salud”, o alivio sintomático). En este punto le asistía la razón a Freud (1919) cuando observaba que todo alivio sintomático retardaba la marcha hacia el restablecimiento, y disminuía la fuerza instintiva que impulsa hacia la curación, de modo que había que procurar por todos los medios que la “dolencia” no alcanzara un término prematuro, con lo que había que activar nuevas privaciones; de lo contrario, afirmaba, existe el peligro de no llegar a alcanzar nunca más que alivios pasajeros e insignificantes.

Hablaba aquí naturalmente de la “regla de la abstinencia”, que incluye las satisfacciones sustitutivas prematuras fuera del tratamiento (“derivaciones colaterales” de la transferencia), y, sobre todo, la satisfacción sustitutiva que supone el propio tratamiento (la relación transferencial). Conocida es la frase de la “abstinencia” por antonomasia: la mayor parte de los deseos en cuanto a la relación con el terapeuta deberán quedar incumplidos, “debiendo serle negada precisamente la satisfacción de aquellos que nos parezcan más intensos y que él mismo manifieste con mayor apremio.” Freud, por supuesto, equipara la frustración que produce la aplicación de la mencionada regla con la frustración que fue el origen del conflicto. Así, es natural que la “abstinencia” provoque la “neurosis de transferencia”. Por mi parte añadiría que el terapeuta nunca está en condiciones de satisfacer, tal como Freud lo concibe, aquella frustración o frustraciones que está en el origen dinámico del conflicto, del mismo modo que el paciente no busca la *misma* gratificación *repetitiva* pasiva infantil en su relación con el terapeuta. Más aún, en la concepción de que el paciente “repite en lugar de recordar” (un corolario natural al hecho de contemplar que esto es así “porque sufre de reminiscencias”, como rezara la temprana formulación de Freud), no se tiene en cuenta la crucial diferencia entre la “historicidad” de

los “hechos” patógenos, cualesquiera que fueran, y el *significado*, o, más bien la *creación del significado* que dichos acontecimientos o procesos tuvieron y tienen para el paciente. Como muy atinadamente aclara Ogden (1986), cuando el terapeuta ofrece interpretaciones causales:

...es importante no tratar la simbolización del paciente de su experiencia pasada como si fuera una y la misma cosa que lo simbolizado, es decir, una y la misma cosa que la vivencia del pasado. Lo que tiene importancia es la manera en que el paciente construye su representación simbólica del pasado. El pasado no existe ya y es absolutamente irrecuperable. (pág. 188)

Los analistas kleinianos, especialmente, tienden a interpretar las comunicaciones y actitudes del paciente como transferencia de comportamientos y sentimientos infantiles. Pero hay que tener en cuenta que Klein concebía al bebé como una entidad distinta desde el momento mismo de nacer, con unas transformaciones pulsionales biológicamente determinadas que le sirven para defenderse de los peligros internos y externos. Para Winnicott, sin embargo, el “espacio” contenedor del desarrollo psicológico es la unidad madre-bebé, y éste se centra en la capacidad materna para recrear unidad entre la realidad interna y externa (el “objeto subjetivo”).

Es evidente que algo semejante a un espacio o matriz contenedor, o la “confianza básica” de la que hablaba Erikson, o la “armonía interpenetrativa” de Balint, que permita mantener la estructura (dinámica) del Yo de un modo bastante cohesionado, es lo que posibilita la capacidad de la persona para estar “a solas” consigo misma, y por tanto tolerar diversos grados de frustración. Algo de esto es necesario para que se produzca una cierta identificación con las metas del tratamiento o alianza, sea cual sea la forma que ésta adopte.

Volvamos ahora a la transferencia y sus “escollos”. Hemos dicho que la alianza no ha de ser equiparada al deseo del paciente de mejorar. La mayoría de los autores, aun con sustanciales diferencias en diversos aspectos teóricos, estarían probablemente de acuerdo con la siguiente declaración de French (1946):

Cuanto más concentramos nuestra atención en el problema inmediato del paciente en la vida, tanto más claramente llegamos a comprender que su neurosis es un infructuoso intento de resolver un problema en el presente, usando modos de conducta que no lograron resolverlo en el pasado. Nos interesa el pasado como fuente de esos modos de conducta estereotipados, pero nuestro interés primordial es ayudar al paciente a encontrar una solución a sus problemas presentes, corrigiendo estas pautas infructuosas, ayudándole a tomar en cuenta las diferencias entre el presente y el pasado, y dándole en la situación transferencial repetidas oportunidades para realizar esfuerzos en procura de una readaptación. (pág. 111)

French, al igual que Alexander, consideran que la psicoterapia es un proceso de reeducación o “corrección” emocional. Y siguiendo en esta línea del discurso, un proceso ideal –continúa French-, sería aquel que en cada sesión terapéutica pudiera ayudar al paciente a lograr la solución de un problema reavivado en una sesión anterior, o bien dejarlo con un problema netamente definido para elaborarlo en la sesión siguiente.

Aunque comparto la idea de la existencia de un proceso emocional correctivo en una psicoterapia aceptablemente exitosa, creo que este proceso ideal arriba descrito rara vez se da (por mucho que el terapeuta intente tenerlo presente como una continua elaboración, o al menos preparación, de lo que podríamos denominar el “foco dinámico” o focos, en las sucesivas sesiones). Y considero que esto es así, no sólo por la gran facultad de “desplazamiento de la libido”, de modo que las “cargas” u ocupaciones (catexias, *Besetzungen*) dinámicas se movilizan y hallan nuevas satisfacciones sustitutivas, ni tampoco sólo por la acción de las resistencias. Creo, de hecho, que cada vez que se llega a una interpretación dinámica adecuada, o incluso un señalamiento que vaya en esa misma dirección (adecuada a la constelación del momento y al grado de consciencia que posibilita su asimilación), se llega a una especie de “parón”. Sin descartar que en este punto se haya podido producir una mayor regresión, que implique unas demandas más “maternales” y “pre-verbales”, algo en mayor o menor medida intrínseco a la relación transferencial propiamente dicha. Considero que este fenómeno se debe más primariamente a una cierta fractura en la identidad del paciente tal como había venido concibiéndose a sí mismo. Y esto enlaza con la creación de significados simbólicos con los que el paciente ha edificado su pasado. La “historia” de algún modo siempre es presente: se compone de significados que representan la concepción que el paciente tiene de su pasado (Véase Shaffer, 1976), y supone una construcción evolutiva, *no descubrible* como puede serlo un “resto arqueológico” (algo tan caro a Freud). Precisamente por el clima emocional intenso que a estas alturas se ha producido, y porque los sentimientos desencadenados por la comprensión en el trabajo en común terapeuta-paciente tienen que alcanzar un verdadero nivel de experiencia, lo cual requiere tiempo interno, y el paciente se halla en cierto modo en un estado de “identidad flotante” –si se me permite la expresión-; precisamente por esto tienen lugar los fenómenos de identificación proyectiva (en su aspecto positivo)¹ como *elaboración psicológica interpersonal* de procesos escindidos.

Como sostenía Ferenczi (1919) y también Rank, se trata de vivencias infantiles que no han podido desarrollarse plenamente, y de transferencia de funciones superyoicas al yo (así concebía Alexander la esencia de la cura). Klein hablaba, aunque no lo aclaró de modo explícito, de la

¹ Resumiendo: en su sentido más positivo, constituye una forma de introspección vicaria y está en la base de la empatía.

existencia de un “objeto bueno” en el yo, y al menos parcialmente, así puede ser descrito el significado positivo de la identificación proyectiva con el terapeuta.

Naturalmente, ello no debe hacer olvidar los Escila y Caribdis que existen en toda transferencia. La ruptura teórica y técnica de Ferenczi respecto de la técnica clásica regida por la abstinencia, supone un buen ejemplo de tales escollos. Para Ferenczi, el paciente necesita descubrir el amor y comprensión de los que careció en la infancia, y la terapia ha de procurar esta experiencia. De modo que no se trata sólo de revivir pasadas situaciones reprimidas, sino de descubrir una experiencia nueva y distinta, con lo cual el terapeuta pasaba a ocupar una posición central en la manifestación de sí mismo, con una actitud activa, abierta a las críticas y estimuladora de eventuales dramatizaciones.

Dejando de lado la riqueza de ideas de Ferenczi y la influencia que éstas tuvieron en analistas posteriores, la cuestión es que el terapeuta no puede ser una especie de “nurse”, ni suplir las carencias infantiles, ya que la supuesta necesidad de amor no es ni mucho menos algo sencillo, sino que encubre muchos procesos defensivos. Reich (1933) describió la “coraza caracterológica” presente en aquellas personas que habían desarrollado rasgos fijos de carácter producto de procesos defensivos. Hizo hincapié en la existencia de la transferencia negativa, siempre presente, y en la necesidad de analizarla; el pasar por alto este hecho puede llegar a desencadenar, en algunos casos, una “reacción terapéutica negativa” y poner fin a toda posibilidad de influjo terapéutico. Se trata aquí de una resistencia proveniente del superyó (considerada por Freud como una de las más oscuras y que presenta las mayores dificultades para el analista), ya que procede del sentimiento (inconsciente) de culpa o necesidad de castigo, que puede estar reforzado por tendencias masoquistas. Según esto, cualquier mejoría o progreso puede ser vivida como la gratificación de un deseo prohibido y representar, por tanto, una amenaza intolerable.

Creo que nuevamente aquí, aunque el riesgo de ruptura en la relación no se pueda minimizar, las demandas hacia el analista o terapeuta constituyen una demanda *total* de su persona (como si el paciente planteara al terapeuta algo así, si pudiera describirse, como: y ahora, ¿Qué haces *tú*, *conmigo?*). Lo mismo sucede en la transferencia erótica, o “amorosa”, donde se rehúsa toda forma de prosecución en el tratamiento que signifique mantener la distancia “clásica”, el rechazo en suma a cualquier interpretación que relacione los sentimientos presentes con el pasado, y donde desaparece todo interés por los síntomas. En ambos casos suele subyacer una problemática severa.

Seguramente el instrumento por antonomasia de la relación analítica, *la interpretación*, como ya ha sido destacado por muchos autores, encierra problemas esenciales causantes de diferentes perturbaciones de la relación: el realizar interpretaciones verbales adecuadas y certeras no equivale a

comprender al paciente. Pero por importante que sea esta cuestión (y las diferentes y matizadas formas que han ido adquiriendo las comunicaciones del terapeuta), lo que aquí nos interesa es la complicación relacional o transferencial que tiene lugar en “momentos cruciales”.

Para que la identificación proyectiva –la positiva, a la que antes nos hemos referido- se produzca, y también la identificación proyectiva que forma parte de procesos defensivos, interviniendo en estados confusionales, amenazantes (claustrofobia, agorafobia), temores y fantasías de control, etc; para que éste mecanismo tenga lugar, ha de existir un “continente” que reciba la proyección: el terapeuta en este caso, que ha de tener la adecuada profundidad y resistencia para contener las proyecciones. Grotstein (1981) considera el isomorfismo existente entre “proyección” e “identificación proyectiva” (no puede haber proyección sin identificación, o des-identificación), pero señalando una diferencia en este complejo proceso que me parece crucial en lo que se refiere a los momentos críticos de la relación transferencial. Cuando el paciente ha proyectado un contenido mental indeseado sobre el terapeuta, y siente que, a pesar de todo, este último ha transformado la proyección con una actitud clara y *activamente* benévola (quiero decir como un ser vivo a quien sí le afectan las actitudes y manifestaciones del paciente), y se mantiene *relativamente inmodificado* (no “destruido” o dañado) en su ser, la confianza y seguridad que esto produce permite restablecer el vínculo y posibilitar la cohesión del yo del paciente. Por el contrario, cuando el paciente siente que el objeto terapeuta ha sido modificado (dañado) *por*, o a causa de su proyección, la relación ya no es fuente de seguridad, y los aspectos identificatorios de la identificación proyectiva aparecen como mucho más reales, más concretos (convirtiéndose de este modo el terapeuta en una figura en mayor o menor grado persecutoria). Es aquí donde la transferencia puede hacerse claramente hostil o extremadamente intensa.

Se comprende mejor el fenómeno de la identificación proyectiva –según este autor- como si fuera un principio de “doble vía” (o como si la mente funcionara en una especie de simbiosis propia de los mellizos siameses): al mismo tiempo puede haber dos estados mentales actuando en diferentes niveles: uno de fusión y otro de separación. Esta manera de comprender el proceso ayuda a entender mejor la cuestión largamente debatida del alcance de la transferencia o *lo que es propiamente transferido*. La comprensión clásica psicoanalítica de entender la misma como desplazamiento de afectos de diversa cualidad, no da cuenta de la riqueza y polivalencia de los afectos transferidos. Según el modelo mencionado, en cambio, el paciente puede, p. e., identificarse con lo proyectado en el objeto (terapeuta), y negar su identificación con el mismo. Teniendo en cuenta que lo que se internaliza son más las relaciones que los objetos (Fairbairn, 1940), los dos componentes: el *self* y el objeto se constituyen en instancias activas de la relación interna y externa. La transferencia sería la externalización interpersonal de una relación objetal interna (Ogden), con diferentes gradaciones, y

donde predomina uno u otro de los dos componentes (“identificación complementaria” e “identificación concordante” de Racker). Aunque el terapeuta en cierto modo se vea forzado por esa identificación de objeto proyectada sobre él, no debe olvidar que también es expresión de la necesidad del paciente de que el primero sustituya una parte de su yo escindido (u objeto sí mismo escindido).

Para Grotstein, los objetos internos que constituyen la estructura primigenia de la personalidad se forman mediante la identificación proyectiva de aspectos del sí mismo infantil en las imágenes de objetos interpersonales (externos), que pasan a formar parte (son introyectados) en el yo en desarrollo. Los objetos así creados devienen complejos, ya que “combinan” las cualidades externas de los mismos con las identificaciones proyectivas del infante; de ahí el aspecto interpersonal y el aspecto intrapsíquico de las identificaciones que con tanta frecuencia se solapan.

La existencia de un “objeto básico de identificación primaria” (Grotstein), o una “base de seguridad” (Sandler), o la “madre ambiental” (Winnicott), o los “preconceptos innatos” (Bion), o los “objetos-sí mismo” (Kohut). Es la existencia de este Objeto –o como quiera llamárselo- que opera a modo de matriz de la identidad personal, y que facilita la utilización de mecanismos defensivos sin consecuencias catastróficas, el que mantiene la primitiva constancia objetal, y la cohesión de la identidad, y el que permite en definitiva “unificar transferencias”.

La transferencia, de acuerdo con Grotstein, es más que una mera distorsión de la experiencia; representa la quintaesencia de la identificación proyectiva porque permite transferir el propio dolor mental al terapeuta por medio de ese vínculo especial que constituye la relación. La inseguridad ontológica, el miedo a ser como somos, el miedo de poseer un yo personal y tener que vivir la propia vida, el miedo a ser sujeto en definitiva, es superable por la mediación de ese encuentro que posee características únicas.

Sin olvidar que el factor terapéutico más poderoso es el cumplimiento en la realidad de todo aquello que antes estaba imposibilitado o inhibido. El principal valor terapéutico de la situación transferencial, radica, según Alexander, en posibilitar al paciente experimentar este sentimiento de éxito como ensayo, un ensayo al que debe seguir la auténtica realización, y limitar, mediante el manejo cuidadoso de la relación transferencial, la tendencia a reemplazar la realidad por la experiencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F., y French, T. M., (1946) *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Fairbairn, W. R. D., (1940) *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Hormé, Buenos Aires, 1962.
- Freud, S., y Breuer, J., (1895) *Estudios sobre la histeria*, O.C., T. I, Biblioteca Nueva, Madrid, 1983.
- Freud, S., (1901) *Análisis fragmentario de un caso de histeria (caso Dora)*, T. IV .
- (1912) *La dinámica de la transferencia*, T. V.
- (1914) *Recuerdo, repetición elaboración*, T. VI.
- (1916-7) *Introducción al psicoanálisis (serie de lecciones)*, T. VII.
- (1920) *Más allá del principio del placer*, T. VII
- (1921) *Psicología de las masas y análisis del Yo*, T. VII
- Freud, A., *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Buenos Aires, 1975.
- Greenberg, J. R., and Mitchell, S. A. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University Press, 1983.
- Grotstein, J. S., (1981) *Identificación proyectiva y escisión*, Gedisa, México, 1983.
- Kohut, H., (1977) *La restauración del sí-mismo*, Paidós, Barcelona, 1980.
- Lagache, D., (1952) *La teoría de la transferencia*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1986.
- Ogden, T. H., (1986) *La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico*, Tecnipublicaciones, Madrid, 1989.
- Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- Rado, S., *Psicoanálisis de la conducta*, Hormé, Buenos Aires, 1973.
- Reich, W., *Análisis del carácter*, Paidós, Buenos Aires, 1972.
- Sandler, J., *at al*, (1973) *El paciente y el analista*, Paidós, Barcelona, 1986.
- Schafer, R., *A new Language for Psychoanalysis*, Yale University Press, New Haven, 1976.
- Winnicott, D. W., (1965) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Paidós, Barcelona, 1994.