

T
616.891 4
A478t

LA TRANSFERENCIA NO ES SUGESTION

Luz Stella Alzate Posada

MEDELLIN

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

Universidad de Antioquia



6 1000 00066760 6

1996

ESTE LIBRO ES PARA EL ESTUDIO
DE MUCHOS, CUIDELO
LA BIBLIOTECA ES UN LUGAR
TRANQUILO PARA
EL ESTUDIO Y LA INVESTIGACION
NO DE CHARLAS Y RECREO

LA TRANSFERENCIA NO ES SUGESTION

///
Luz Stella Alzate Posada

*A mis padres,
por haber sabido acompañarme
durante todos estos años,
y cuya férrea voluntad y empuje
me han enseñado más
de lo que puedo aprender.*

Monografía de grado
presentada como requisito
para optar al título de psicóloga

*A Mauricio, mi hermano, a quien nunca olvidaré,
como un sentido humano precioso,
porque te esfuerzas por vivir.*

Asesor : Héctor Gallo

**MEDELLIN
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
1.996**

U. de A.
BIBLIOTECA CENTRAL

T
616.8914
A478t
Eg.1



DEDICATORIA

*A mis padres,
por haber sabido acompañarme
durante todos estos años,
y cuya férrea voluntad y entereza
me han enseñado más
de lo que puede aprenderse en los libros*

*A Mauricio, mi hermano, a quien nunca olvidaré,
como un sentido homenaje póstumo;
porque su esfuerzo por vivir
fue siempre mucho mayor que el mío.*

Donación: EL Auctor, act. 28/96

163317(1)

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
ABSTRACT	
INTRODUCCION	i
1. LOS PODERES DE LA PALABRA EN LA ANTIGÜEDAD CLASICA	1
1.1 LA PALABRA TERAPEUTICA EN EL EPOS HOMERICO	3
1.2 DE HOMERO A PLATON	12
1.3 LA RACIONALIZACION PLATONICA DEL ENSALMO	20
1.4 LA PALABRA EN LA MEDICINA HIPOCRATICA	28
1.5 EL PODER DE LA PALABRA EN ARISTOTELES	32
2. HIPNOSIS Y SUGESTION CON FREUD	46
2.1 ANTECEDENTES	48
2.2 TRATAMIENTO PSIQUICO POR LA PALABRA	53
2.3 EL METODO CATARTICO : UNA PRACTICA FUERA DE TODA HIPNOSIS	64
2.4 LA AUTOSUGESTION COMO GARANTE DE LA SUGESTION	68
2.5 DE LA REPRESENTACION A LA TRANSFERENCIA	75
3. LA TRANSFERENCIA	83
3.1 NACIMIENTO DEL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA	85
3.2 ASOCIACION LIBRE - INTERPRETACION - TRANSFERENCIA	104
3.3 LA TRANSFERENCIA EN LACAN	120
4. LA TRANSFERENCIA NO ES SUGESTION	126
4.1 EL TERAPEUTA : LUGAR DE UN SABER SUPUESTO	128
4.2 LA CURA POR LA SUGESTION Y LA CURA POR LA TRANSFERENCIA	132
4.3 EL PACIENTE : ¿SUJETO U OBJETO?	141
CONCLUSIONES	146
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

ABSTRACT

El presente trabajo constituye una reflexión teórica en torno al valor terapéutico de la palabra en el tratamiento psíquico de la enfermedad, desde la Antigüedad Clásica -época en que surgió la medicina como pilar fundamental del pensamiento griego y de la ciencia- hasta nuestros días.

A partir de un cuidadoso recorrido histórico basado principalmente en la obra de Freud, se ponderan los efectos clínicos del empleo de la palabra en la medicina griega, para entrar luego en el terreno de la hipnosis, del método catártico de Breuer y, finalmente, del psicoanálisis. En dicho recorrido, el interés central se ubica en el estatuto de la palabra como herramienta terapéutica -mostrando las transformaciones de que ha sido objeto gracias a los avances científicos de la psicología y del psicoanálisis- y de la sugestión y la transferencia, como dos diferentes estrategias para la cura.



INTRODUCCION

Hacer una separación clara entre lo que concierne a la sugestión y lo que concierne a la transferencia, dando a cada uno de estos conceptos su lugar en la clínica, es un propósito que debe llevarse a cabo con sumo cuidado, ya que ello apunta a dejar al descubierto una problemática que pone en juego una ética : la del terapeuta, quien en virtud del saber que le es supuesto, adoptará una posición frente a su paciente. Ocupar en la clínica el lugar del S1 sosteniendo el discurso del amo o el lugar del a sosteniendo el discurso del analista, es una disyuntiva que sólo podrá resolverse por la manera en que técnicamente éste, el terapeuta, utilice la transferencia que desde el paciente se ha establecido; pues no basta con conocer los alcances y límites de la misma, para quedar exento de emplear el influjo sugestivo que ella facilitaría. Es esto lo que hace necesario un conocimiento a fondo del concepto de transferencia como elemento esencialmente ético de la práctica, ya que, de lo contrario, allí donde se la suscite, podría ser empleada como forma de sugestión y dominio sobre el otro.

Es por eso que en este trabajo, se resalta la conveniencia de que el psicólogo, en su afán de obtener el alivio para su paciente, sepa hacer un uso adecuado -el más conveniente posible- del lazo afectivo que partiendo del paciente le apunta. Ello, porque dicho fenómeno

constituye, sin lugar a dudas, la única posibilidad de que el trabajo terapéutico sea posible y pueda arrojar buenos resultados. Pero además, se resalta también la importancia de conocer a fondo todo cuanto atañe a la sugestión, para conocer así mismo sus efectos en la clínica y, desde un punto de vista ético, sopesar la conveniencia de emplearla como recurso terapéutico. A este respecto, encontramos en la historia del psicoanálisis un acto sumamente diciente : el abandono definitivo, hecho por Freud, de la sugestión como técnica terapéutica, para emplear, en su lugar, las múltiples posibilidades ofrecidas por la transferencia.

El cómo y el por qué de dicho abandono, así como los resultados obtenidos de él, constituyen una parte esencial del contenido de este trabajo. Igualmente, una profundización teórica en torno al concepto de transferencia, para mostrar hasta dónde ella no es sugestión y por qué es posible separarla, como concepto, de la misma.

Es necesario aclarar que la presente monografía no constituye una respuesta acabada a los interrogantes que en ella se plantean; antes bien, a partir de éstos, plantea otros a los que espero poder responder en un futuro, pues su realización obedece al intento de satisfacer un interés personal que seguirá vigente por mucho tiempo y sobre el cual queda todavía mucho por elaborar.

Así mismo, si el título de la misma es una afirmación y no una pregunta, obedece, no a que todo está resuelto, sino al propósito de dar crédito a Freud, quien en virtud de su abandono de la sugestión, hizo posible el surgimiento del concepto de transferencia. Recuérdese que, si por efecto de la comunicación toda palabra es una sugestión, esto nos



devuelve a la pregunta : ¿por qué la transferencia no es sugestión?, pregunta que atraviesa, de principio a fin, su contenido.

1. LOS PODERES DE LA PALABRA EN LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA

Después de haber leído mucho, pensé en los males y todos los bienes
de la vida y del tiempo en general y dije en mí mismo todo lo demás
está en la vida y en el tiempo. Y así he escrito y he enseñado a nuestros
discípulos a vivir y a morir. Y así he escrito y he enseñado a nuestros
discípulos a vivir y a morir.

Desde la antigüedad hasta el siglo XX, la *Ilíada* y la *Odisea* han sido siempre paradigmas y punto de partida de historiadores, escritores y filólogos, quienes han encontrado en ellas el germen de casi todo lo que en el orden de lo humano constituye una explicación de su devenir. Dichas obras surgieron -a la luz de la mentalidad histórica y genealógica de la época- como documentos arcaicos y, a su vez, crónicas del más profundo de la cultura occidental.

Por tanto, Homero fue para los griegos no sólo el gran poeta y literato, sino uno de los pocos hombres capaces de plasmar en sus escritos lo más característico de la mentalidad griega, por ejemplo, su concepción acerca de lo humano, de la naturaleza, de lo divino, del cosmos, en torno a lo cual giraban todos los acontecimientos de su vida. En este fondo de situaciones aún incógnitas para los helénos y de inquietudes, surge el problema.

1. LOS PODERES DE LA PALABRA

EN LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA

"Del alma, decía este médico, parten todos los males y todos los bienes del cuerpo y del hombre en general e influyen sobre todo lo demás, como la cabeza sobre los ojos. El alma es la que debe ocupar nuestros primeros cuidados, y los más asiduos, si queremos que la cabeza y el cuerpo entero estén en buen estado".

Platón, Cármides o de la templanza, Diálogos.

Desde la Antigüedad hasta el siglo XX, la *Iliada* y la *Odisea* han sido siempre paradigma y punto de partida de historiadores, escritores y filólogos, quienes han encontrado en ellas el germen de casi todo lo que en el orden de lo humano constituye una explicación de su devenir. Dichas obras surgieron -a la luz de la mentalidad histórica y genética de la época- como documentos arcaicos y, a su vez, como el sillar primero de la cultura occidental.

Por tanto, Homero fue para los griegos no sólo el gran poeta y literato, sino uno de los pocos hombres capaces de plasmar en sus escritos lo más característico de la mentalidad griega; por ejemplo, su concepción acerca de lo humano, de la naturaleza, de lo divino, del cosmos, en torno a lo cual giraban todos los acontecimientos de su vida. En este fondo de situaciones aún incomprendidas para los helenos y de inquietudes, nació la medicina.

Partiendo de una concepción todavía arcaica del cosmos y de cómo éste afectaba de manera real la vida del hombre, los conceptos de salud, de enfermedad y de tratamiento, obedecían a la necesidad de hallar una explicación racional y una solución al padecimiento humano.

Pedro Laín Entralgo¹ ha sido uno de tantos autores interesados en conocer el proceso seguido por el pensamiento griego en su desarrollo y, de manera muy especial, en lo concerniente al desarrollo de la medicina. Como resultado de su trabajo han sido publicadas numerosas obras entre las cuales *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica* es una de las más destacadas. En cinco capítulos, dicho autor nos muestra el producto de un exhaustivo seguimiento de la palabra en el desarrollo de la medicina, hasta llegar a ubicarla, históricamente, como la precursora de lo que hoy conocemos como **psicoterapia**.

Con miras a la obtención de un panorama general acerca de su trabajo, veremos a continuación, lo más clara y fielmente posible, el contenido de cada uno de sus capítulos, haciendo énfasis, especialmente, en la concepción y estructuración de la palabra como el más valioso recurso en la lucha del hombre griego contra la enfermedad.

¹ Médico y escritor español, nacido en Urrea de Gaén (Teruel), el 15 de febrero de 1.898. Cursó estudios de medicina y ciencias y los amplió en la Clínica Psiquiátrica de Viena. Fué catedrático de historia en la Universidad Central (de la que fué Rector entre 1.950 y 1.954) y miembro de las Academias de la Lengua y Real de Medicina, así como colaborador del Consejo de Investigaciones Científicas.



1.1. LA PALABRA TERAPEUTICA EN EL EPOS HOMERICO

Nuestro autor comienza con una detallada reseña histórica acerca de la importancia que, para los viejos helenos, tuvo la medicina. Ella fue, durante un largo período, el único recurso terapéutico al que se podía acudir ante el ya evidente fenómeno de la enfermedad. Esta, por supuesto, no fue siempre la misma; antes bien, se vio afectada por cada nuevo descubrimiento surgido del pensamiento griego que, a su vez, la tenía por su principal objeto de estudio. La práctica médica y el ejercicio del pensamiento, se alimentaban recíprocamente.

La medicina griega -dice Laín Entralgo²- se vio fuertemente influenciada por la obra homérica que, tras su idealización, produjo un serio efecto a nivel general: movidos por el fervor de su helenofilia, los médicos -que habían estudiado a Homero- solían idealizar la figura del gran poeta jónico atribuyéndole el don de ser "inventor de todos los bienes". De esta forma, la significación del acto que Homero atribuye a Ulises en la *Odisea*,³ no es la de una medida higiénica como lo afirmaban Körner y Botto [Ibid.] -también investigadores- sino la de un rito purificador o catártico que los griegos usaron durante muchos siglos para librarse de la impureza moral. Por tanto, la expresión *kakon eidos* utilizada por el poeta, no indica "aspecto morboso" como habían creído Körner y Botto, sino "fealdad" y *kake gyne*

² LAIN ENTRALGO, P. *La Curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*. Barcelona : Anthropos, 1.987, p. 13. En lo sucesivo, las referencias a este texto aparecerán entre corchetes con su correspondiente número de página.

³ "Cuando ya han sido apartados los cadáveres y lavadas las manchas de sangre, Ulises fumiga con humo de azufre ardiente (*theíon*) la sala del homicidio, las restantes habitaciones del palacio y el patio". Ibid.

significa “mujer malvada” y no “mujer enferma”, lo cual confirma su creencia de que la fumigación con baño de azufre (*peritheiosis*) en Grecia, no fue más que una forma primitiva de la *kátharsis*.

La visión homérica de la enfermedad humana así como su tratamiento, se hallaban entonces en una condición arcaica, nada racional, que entendía el estado de ánimo, el *ate*, como el cegador arrebató pasional del alma humana. Todas las otras realidades cósmicas y psicológicas se hallaban en igual condición. Dicha visión se mantuvo a todo lo largo del desarrollo del pensamiento griego hasta Aristóteles, con cuya muerte finalizó en Grecia la especulación original acerca del valor y la acción psicológica de la palabra y de su poder curativo. Veamos ahora en qué consistía tal visión.

1.1.1. Existían, en el epos homérico, cuatro formas distintas de concebir la enfermedad e interpretarla: la traumática, la punitiva, la ambiental y la demoníaca [p. 14] y, frente a cada una de ellas, la palabra tuvo su lugar. Poco a poco iremos viendo de qué manera.

La primera de estas formas, la **traumática**, estaba referida a todas las afecciones morbosas que eran consecuencia inmediata de una violencia material, visible a los ojos de cualquier espectador y racionalmente comprensible para su inteligencia; es decir, todas las lesiones traumáticas de cualquier índole. Sin embargo, había ocasiones en que una lesión de dicho tipo no podía ser atribuida a una causa racional, inteligible, por no ser conocida su

procedencia, hecho que originó una primera dicotomía en esta forma de concebir la enfermedad. Laín Entralgo trae a cuento un pasaje de la *Odisea* en que la ilustra:

Ulises, que astutamente ha dicho llamarse "Nadie", acaba de cegar el ojo de Polifemo. Este grita en la noche, y los Cíclopes le preguntan desde lejos si alguien le mata con engaño o con violencia. Contesta Polifemo: "Nadie me mata con engaño y no con violencia". A lo cual responden los Cíclopes: "Pues si nadie te violenta, estando solo, no es posible evitar la dolencia que te envía el gran Zeus; pero ruega a tu padre Poseidón, señor de los mares [P. 15].

Aunque la dolencia de Polifemo era materialmente visible, no podía atribuírsele el carácter de traumática, por no existir una explicación racional de su causa. Por consiguiente, a los ojos de los Cíclopes, cobraba una característica especial: parecía ser la consecuencia, no de una violencia material visible, sino de una determinación divina. El posible razonamiento de los Cíclopes pudo haber sido: "Si nadie hiere a Polifemo, Polifemo sufre una enfermedad dolorosa de causa súbita e invisible y, por tanto, divina" [Ibid.]. Surge así la dicotomía: la enfermedad traumática puede ser causada por violencia externa (*bia, biephi*) o enviada por Zeus (*nousos*).

Pero la enfermedad cuya procedencia era divina, debía tener también una causa. Si alguien la padecía, ello sólo podía ser por haberse hecho merecedor de un castigo por parte de los dioses, y es así como la condición **punitiva** de la enfermedad -segunda forma homérica de concebirla- toma su lugar.

Aparece entonces el estremecedor problema humano del dolor no merecido o bien "la desgracia del justo", como un interrogante dirigido al hombre mismo, exigiéndole la racionalización de su propio proceder. La única explicación posible a dicho padecimiento era

el haber incurrido en pecado de *hybris* o desmesura, muy propio del hombre griego, cuya disposición de alma reclamaba constantemente el honor y la fama que le daban una poderosa fuerza moral [p. 38-9, n. 9].

La tercera forma griega de concepción de la enfermedad, la **ambiental**, nace como la forma de explicar una causa natural, externa y no traumática, de la misma. Ejemplo de este tipo de enfermedad serían el hecho de ser víctima del frío, del calor excesivo, del licor, de la fiebre.

La cuarta y última forma, la enfermedad **demoníaca**, nos la ilustra Láin Entralgo con un pasaje de la *Odisea* en que Ulises, cabalgando sobre una tabla, náufrago, vaga a merced de las olas. Cuando al cabo de tres días ve tierra, ésta aparece ante sus ojos:

Tan grata como a los hijos la salud de un padre postrado por la enfermedad (*nouso*) y presa de graves dolores, *consumiéndose a causa de la persecución de un demonio hostil (daimon)*, si los dioses le libran del mal (*kakótes*) [p. 17].

Un *daimon* es para Homero, según Nilsson, una potencia oscura que impulsa al hombre oponiéndose a sus intenciones, y conduciéndolo a un resultado final que él no había preparado ni deseado. Una potencia divina, oscura, no determinada [p.39, n.12].

Tenemos entonces que, dependiendo de su origen, la enfermedad puede ser traumática, divina, ambiental, demoníaca y, punitiva o incomprensible, cuando es directamente divina su procedencia.

Desde este momento y antes de entrar a mirar en detalle el lugar de la palabra en el epos homérico frente a la enfermedad, centraremos toda nuestra atención en la enfermedad



como *nousos*, procedente de los dioses o de los daímones, por ser este el tipo de enfermedad que podríamos hacer equivaler a un estado psíquico alterado; desde este punto de vista, podrá explicarse más claramente el poder curativo de la palabra en la Grecia Antigua.

1.1.2. Sobre la consistencia real que en el epos homérico tiene el modo de vivir a que la palabra *nousos* se refiere, F. E. Clements [p.17, n.13] ha ordenado las diversas interpretaciones de la enfermedad entre los pueblos primitivos. Dichas interpretaciones se resumen en tres: en la primera, la enfermedad es concebida como una pérdida o evasión del alma del paciente; en la segunda, como la penetración mágica de un objeto en su cuerpo; y, en la tercera, como la posesión del hombre por espíritus malignos.

En cuanto a la primera, la expresión *kekapeóta thymós* -empleada por Homero- equivalente a una exhalación del aliento vital, hace alusión a una visión primitiva del enfermar humano como una evasión del alma. El término *thymós* indica, no el alma, sino lo que en el hombre causó los movimientos; *psykhé*, en cambio, alude al alma en tanto realidad que sostiene al hombre con vida, que le "anima" [p.40, n.16]. La evasión del alma es, por tanto, evasión de la *psykhé*, causa inmediata de la enfermedad.

En cuanto a la segunda interpretación, el canto I de la *Iliada* -en que Apolo descende del Olimpo y, desde lejos, comienza a disparar las flechas contra los aqueos produciendo con ello una peste mortífera que arrasó con los sitiadores de Troya-, nos

muestra el sentido de la misma: las flechas de Apolo representan la llegada del agente morboso al cuerpo, enfermándolo.

Un objeto físico, aunque invisible, cuya presencia en quien lo recibe se manifiesta bajo la forma de impureza o contaminación material (*lyma*); impureza susceptible de lustración catártica mediante el agua del mar [p.19].

Dicha enfermedad constituye, entonces, una realidad material “divinamente” sobreañadida al cuerpo del paciente como una “mancha” física.

Por último, la tercera interpretación está referida a la penetración de un *daimon* hostil en el cuerpo; a su posesión de un hombre, cuyo cuerpo consume lenta, morbosa y aflictivamente.

Como es lógico, el tratamiento de las enfermedades en la Grecia Antigua, se hallaba en estrecha relación con esta multiforme concepción del enfermar y con la concepción que de la naturaleza (*physis*) se tenía. Esta estaba definida como la regularidad con que una apariencia visible que nace y crece, que brota y se configura por obra de un impulso creador, manifiesta la existencia latente de una propiedad operativa [p.19-24]. Por ejemplo, el cambio físico y químico de que es susceptible la materia o, en términos más simples, un cuerpo sano que enferma. Dicha concepción de la naturaleza daba cuenta de una realidad sensible, sobre cuyo fondo nació el pensamiento terapéutico del epos con sus diversas prácticas o tratamientos: quirúrgica, farmacéutica y dietética, acompañadas por otras dos de uso cada vez más frecuente: la *catarsis* y el *ensalmo*.

Para contribuir a la claridad de esta exposición y así al propósito que con ella se persigue, de aquí en adelante hablaremos, con especial énfasis, de estas dos últimas.

La **catarsis**, en Grecia, constituyó un verdadero ritual de carácter religioso pero, a su vez, terapéutico; la lustración (o baño purificador en las aguas del mar) fue su principal forma. Ella debía preceder a la plegaria y al sacrificio, para lograr así la pureza del hombre y, con ella, su trato con los dioses.

La catarsis, que aún no era concebida con relación a la palabra sino vista meramente como un ritual mágico-religioso, tenía el poder de curar, sí, pero no gracias al carácter que le era conferido, sino a la plegaria y al sacrificio, como dos formas aparentemente complementarias e imprescindibles para su eficacia. Cabe suponer, por tanto, que el efecto curativo del sacrificio no era posible, siempre que se lo practicase aisladamente; lo que lo hacía efectivo era el poder de la palabra que lo acompañaba bajo la forma de plegaria; es decir, la participación de la palabra en el ritual. Palabra que, por demás, venía de otro; de un orador que dirigía el ritual; era, no el efecto de la palabra dicha, sino el de la palabra escuchada.

Por su parte, el **ensalmo** o conjuro (*epodé*), poseyó un indudable carácter mágico como la principal respuesta a la concepción demoníaca de la enfermedad. Según nos lo cuenta Lain Entralgo [p.29], su empleo perteneció, desde el Paleolítico, a casi todas las formas de la cultura llamada primitiva. Están definidos como fórmulas verbales de carácter mágico, recitadas o cantadas ante el enfermo para conseguir su curación, lo que denota



claramente su intención terapéutica. Pero aunque ambos se hallan referidos a una misma categoría de la palabra, Laín Entralgo marca una sutil diferencia entre ambos diciendo que: "Será conjuro cuando en ella -es decir, en la fórmula verbal- predomine una intención imperativa o coactiva ante las realidades que se trata de modificar o evitar" y será ensalmo "cuando en su intención prevalezca la impetración, la súplica". Con él, el médico u orador pretendía obligar a la naturaleza, la *physis*, a ceder a todo cuanto le pedía para restablecer la salud al cuerpo enfermo. El ensalmo era, pues, palabra; también proveniente del otro, pero indudablemente, eficaz. Ambos -ensalmo y conjuro- existieron ya desde los orígenes de la cultura griega como herramientas curativas. No obstante, no fue éste el único uso curativo de la palabra ya que existían, además, la impetración no mágica de la salud (plegaria a los dioses) y la conversación sugestiva y roborante con el enfermo, ambos como formas del empleo imperativo de la misma.

La impetración no mágica fue, no ya una forma de obligar a la naturaleza a devolverle la salud al cuerpo enfermo, sino una súplica dirigida a los dioses para que éstos le concediesen dicho favor. La conversación sugestiva, en cambio, se convirtió en la forma más clara del uso imperativo -y más o menos técnico- de la palabra.

Así, mientras la enfermedad (*nouso*) fue tratada por medio de la catarsis, el ensalmo, el conjuro o la conversación sugestiva, fue haciéndose cada vez más evidente el poder curativo de la palabra frente a ésta; como consecuencia, aquélla pasó a ser, en la mayoría de los tratamientos, deliberada utilización de alguna de las acciones psicológicas -o más bien



psicosomáticas- que el decir humano puede producir en quien lo oye. Por tanto, la práctica quirúrgica comenzó a ser acompañada de palabras para que su efecto sugestivo -valga decir, imperativo- contribuyera al buen éxito de la operación.

También podría decirse ahora que las palabras del terapeuta ayudan a la curación "encantando" al enfermo; pero ese "encantamiento" no es consecuencia de la virtud mágica que pueda poseer una fórmula verbal determinada, la propia del "canto" del ensalmador, sino, conforme al habitual sentido traslaticio de la palabra, el sugestivo deleite que lo que se dice, cuando "de suyo" es deleitable, produce por su significación misma en el alma de quien lo escucha [p.32].

Tenemos entonces que, frente a la pretensión de una acción mágica de la palabra, se insinuaba en el epos homérico un empleo "natural" consciente, de la acción psicológica que por sí misma posee el habla del hombre.

Hasta este momento, hemos podido apreciar cómo la cultura griega revistió de máxima importancia el fenómeno de la enfermedad, a la que consideraba no sólo *física* sino también *psíquica*, enfrentándola con los escasos recursos de que disponía. La palabra, en sus diversas formas, fue quizá uno de los más importantes, por ser el único medio para devolver al hombre su estabilidad psíquica.

En resumen, la palabra fue empleada en el epos homérico -en relación con la enfermedad- con tres intenciones distintas: una imperativa, otra mágica y otra psicológica o natural. La palabra imperativa era la plegaria (*eukhé*); la mágica, el ensalmo (*epodé*); y, la de intención psicológica era el "decir placentero" (*terpnós logos*) o sugestivo (*thelkterios*)

logos). Pero pese a esta diferenciación, todas ellas producían el mismo efecto: lograr la cura para el enfermo.

Fue así como nació la **logoterapia**; es decir, la terapia por medio de la palabra. En esencia, ésta debía poseer -técnicamente hablando- una característica: venir de un otro bajo la forma de un imperativo; bien se tratase de catarsis, ensalmo, conjuro o, con especial énfasis, de una conversación sugestiva.

1.2. DE HOMERO A PLATON

Veamos ahora, más detenidamente, cómo el *logos*, la palabra, adquirió su estatuto en la Grecia Antigua.

1.2.1. Al ser descubierto el poder curativo de la palabra, el médico u orador pretendió, en un principio, conseguir mágicamente -esto es: mediante su empleo- todo cuanto el hombre necesitaba y no podía alcanzar por sus propios medios: tiempo favorable, amor a voluntad, obediencia automática de otra persona, alteración del cosmos, curación de las enfermedades, etc. Con el ensalmo, esperaba que todas las potencias superiores al hombre -dioses o daímones- se acogiesen a su deseo o el de quienes creyentemente habían acudido a él.



Por este tiempo apareció la llamada psicoterapia dionisiaca que alternaba con cantos, música y danzas el ritual curativo, para que fuese más efectivo; la palabra se convirtió, contrario a lo que de ella se esperaba, en un leve recurso terapéutico. Ello, no porque hubiese perdido sus atributos, sino porque las prácticas "musicales" de las que ahora estaba acompañada, entorpecían su escucha y su sentido. Por tal motivo, éstas debieron ser abandonadas para que surgiera, con Eurípides, el verdadero valor de la palabra terapéutica.

En esta dirección, el peán y el oráculo de Apolo fueron su mayor legado al pueblo griego. A partir de ellos, la palabra tendría la virtud mágica de sanar a los mortales.

1.2.2. Para sanar, el contenido de las fórmulas verbales empleadas era diverso: himnos religiosos de prestigiosa antigüedad, algún fragmento de las obras de Homero o Hesiodo, exclamaciones breves y hasta palabras ininteligibles. En el fondo, lo más importante era, no su contenido, sino su propósito: sanar, y que provinieran de una persona apta para ello: el ensalmador. El logro del objetivo se debía, entonces, al carácter sugestivo de la situación.

Por su vital importancia, la palabra no debía ser empleada por todo aquel que tuviese la facultad de hablar, sino, solamente, por aquellos que supiesen hacerlo bien; es decir, que pudiesen **seducir** con su decir, al oyente. Hablar bien, era equivalente a **saber** y **poder** y, el buen orador, era equiparable a los hombres dotados de poderes mágicos [p.61-75]. Quedaba



entonces la pregunta por el fundamento psicológico de esa eficacia, al cual se llamó **persuasión** (*peithó*) [Ibid.].

La persuasión alcanzó entre los griegos condición divina, apareciendo incluso como diosa -Peitó- en la obra de Hesiodo. En un principio, comenzó siendo la diosa de la seducción erótica que se hacía irresistible con su palabra, la cual era, a su vez, su verdadero templo -sentencia Eurípides en *Antígona*.

Pero Peitó no era sólo la diosa de la inocua seducción, sino que, además, podía llegar a ser peligrosa siempre que su palabra se hiciese engañosa y corruptora. Con ella podría dar a lo dicho el carácter de justo, sólo en apariencia. Peitó, entonces, daba cuenta de la ambivalencia de la palabra, de su interpretación y de su eficacia en la vida del hombre. Así, la diosa suprema del "bien decir", no fue más que una personificación de la eficacia psicológica y social de la palabra.

Con esto, la palabra del hombre -aunque no fuese él una deidad- se hizo divina; pues no sólo comunicaba, sino que podía también **persuadir**. La palabra persuasiva, apaciguadora y bella, se hizo, por tanto, terapéutica.

En cuanto a su acción psicológica, los poetas trágicos del siglo V nos recuerdan que ella expresaba el ser y la intimidad del hombre. "En la vida de los hombres es la lengua -esto es: la palabra- y no la acción, la que conduce todo" [p.80]; fue lo que expresó Sófocles a través de Ulises en *Filoctetes*; idea que encierra, en términos generales, el sentir de la época.

“Peitó debe prevalecer sobre Bía” [Ibid., n.47], significa que la palabra debía tener siempre mayor poder que la acción.

Por esto se decía en Grecia que “la palabra del amigo calienta el corazón”, en tanto “el doliente, en fin, logra algún consuelo expresando ante otro su dolor”. Con estas frases, nos adentramos ya en la eficacia de la palabra, no sólo escuchada, sino también pronunciada.

1.2.3. Los alcances de la palabra aumentaron, siendo considerada como el instrumento capaz de modificar y gobernar la realidad del hombre; realidad dentro de la cual se hallaba incluida, claro, la enfermedad. Por consiguiente, la curación por la palabra cambió su carácter mágico por uno natural. A partir de allí, se operó un importante cambio en la concepción de la enfermedad. Fue entendida como un desorden de las pasiones especialmente violento; una especie de afección psíquica y a la vez somática, de la realidad humana [p.81]. Ahora, frente a ella, la palabra tenía poder curativo no sólo bajo la forma de persuasión, sino, además, en calidad de **verbalización** procedente del enfermo. “La palabra capaz de ayudar *ex ore*, en cuanto proferida, ayuda también *ex auditu*, en cuanto meramente escuchada” [p.82].

Pero los mismos poetas trágicos reconocían los límites impuestos a la eficacia psicológica y curativa de la palabra por la naturaleza. Admitían que, con frecuencia, la realidad del hombre era más poderosa que la palabra misma. Peitó era, de continuo, vencida por Bía (la acción) o por Ananké (la necesidad).



La maldad y la perversión de los hombres eran, según Teognis en el siglo VI, imposibles de tratar por la palabra persuasiva. Pero ¿podían considerarse la perversión y el desorden de las pasiones “enfermedades” del hombre?; y si así fuera, ¿hasta qué punto ellas pertenecían a su naturaleza, a su *physis*?; y, ¿qué podría hacer frente a ellas la palabra y cómo su acción podría convertirse en *tékhne* (técnica)?.

Para responder a esto, se hace necesario un breve recorrido por algunos de los conceptos filosóficos de la época, que giraron en torno al valor de la palabra.

1.2.4. Diremos con nuestro autor que los filósofos -desde Tales hasta Demócrito-, consideraban que el *logos* se empleaba para declarar lo que las cosas “son”. El *logos* significaba lo “dicho” y “entendido”, y pertenecía, por tanto, a la estructura misma del ente [Ibid.]. El *logos*, como instrumento de la convivencia humana, podía ser empleado no sólo para persuadir, sino también, para nombrar el *ser* de las cosas. Con ello, los problemas del ser se convertían, automáticamente, en problemas del decir; y como ser era parecer, persuadir sería hacer que una opinión pareciese más fuerte que otra; eso se conseguiría cuando se lograra hacer vacilar al adversario; conmoverle [p.98]. Todo ello dependería, por supuesto, de la fuerza sugestiva de la palabra hábilmente empleada.

En su doble sentido de “palabra” y “razón”, el *logos* era el más alto y específico de los dones de la naturaleza humana [p.99].



La palabra terapéutica, entonces, no sólo era persuasión o fuerza; más bien, vino a ocupar un lugar entre ambos: de un lado estaba *Bía* (la ciega y sorda violencia de los hombres) o *Ananké* (la invencible necesidad de los movimientos naturales); de otro lado, el *logos* engañoso, la nefasta sugestión de las palabras que inducían al mal o al error.

Bía y *Ananké* imponían el límite al poder persuasivo de la palabra. Lo que las cosas "son" por naturaleza, no podría cambiar por la acción del *logos*; pero existen cosas que "son" por convención social, es decir, por *nomos* (o estatuto de convivencia), que pueden muchas veces vencer a la *physis*. Fue éste el gran descubrimiento de los sofistas: que mediante la persuasión, podía el hombre llegar a crear nuevas convenciones; podía, por tanto, determinar el *ser* de las cosas.

Así, como si tuviese la fuerza de un hechizo, la palabra persuasiva tenía el poder de cambiar la realidad (quitar el miedo, remover el dolor, infundir alegría, etc.). Por su efecto, se hacía comparable a cualquier medicamento bien compuesto. Con su poder, podía llegar a forzar la voluntad de quienes fuesen objeto de su influencia.

1.2.5. Volviendo al asunto de la persuasión, conviene preguntar ¿cuál puede ser el mecanismo por medio del cual ella actúa?

Antes que nada, el buen orador debía conocer los diversos aspectos que las almas de los hombres presentaban, si de veras pretendía hablar adecuadamente a la índole de cada uno



de ellos con miras a su modificación. En otras palabras, importaba la disposición anímica de quien habría de ser persuadido. Es lo que se llamó *psykhagogía*.

Para Gorgias -en quien la doctrina sofista de la persuasión tuvo su más original y cuidadoso expositor-, el método de la persuasión se hallaba inscrito dentro de tres modelos propuestos por él: el “meteorólogo” -cuyo nombre fue inspirado por los fisiólogos presocráticos- que conseguía, con sus razonamientos, suprimir del alma las opiniones cotidianas acerca de las cosas sustituyéndolas por otras en las cuales se hacía patente lo que antes era increíble o invisible; el “orador político”, que deleitaba y persuadía a las asambleas públicas con la fuerza de sus argumentos; o el “filósofo”, que mostraba en sus discusiones la celeridad y sutileza de su pensamiento, cambiando fácilmente en el alma de quienes le oían, su opinión frente a las cosas. Los tres modelos coincidían en algo fundamental: se trataba de **opiniones**, más que de verdades objetivas; y en todas, era la **fe en el orador** lo que hacía posible considerarlas aceptables y verdaderas. Todo esto posibilitaba que la palabra actuase sobre el alma, como los fármacos sobre el cuerpo. Esto se debía a que, técnicamente hablando, ella podía suscitar alguna creencia favorable en el alma del oyente.

La **opinión** era, en todo esto, el centro de atención. Una opinión errada, podía provocar -en quien se veía afectado por ella- un sinnúmero de malestares que, de otro modo, no se producirían; malestares que se hacía necesario abordar para permitir el normal desenvolvimiento de la vida. Una opinión muy arraigada -aparentemente irremovible- produciría una **creencia**. Esta, haría que el hombre modificase su vida y su comportamiento



a la luz de su contenido. Lo que se debía evitar, entonces, era que las opiniones se convirtiesen en creencias, abordándolas por medio de la palabra.

La razón principal para que un hombre buscara un buen orador, tenía que ver -según Gorgias- con su limitada y deficiente condición. Ya que el hombre no podía recordar completamente el pasado, contemplar a profundidad el presente, ni adivinar el futuro, se hallaba en una condición de desventaja frente al cosmos que lo obligaba a requerir dicha ayuda. Su condición le dejaba de los problemas sólo una opinión insegura y poco firme, que debía cambiar. Con otras palabras, como no podía conocer con suficiente certidumbre la realidad, debía atenerse a una mera opinión (*doxa*) de ella -no siempre verdadera- que lo conduciría a descarríos. En tal caso, era necesario alguien más sabio -un sofista- para que le infundiese, por persuasión, una "mejor" opinión que la suya, en la que pudiese confiar [p.104].

Finalmente, fue esto lo que Gorgias propuso como una técnica para afrontar los infortunios del hombre; era, en pocas palabras, creer en la opinión venida de otro -de cuya excelencia no había duda- para recobrar la seguridad y el equilibrio perdidos.

Cabe decir que, la persuasión, fue engaño "convinciente" y "justificable", siempre que fuese el "bien" del persuadido lo que con ello se buscara [p.105].

Adicionalmente, con Protágoras, se supo que la **sensación** -equiparable en este contexto a la opinión- buena o mala, era siempre verdadera. El médico, por tanto, no

intentaría convencer al enfermo de que su sensación era falsa, sino, más bien, transformar una sensación morbosa en una normal.

Respecto a esto, la filosofía de la época sostenía que el “pensar” es, en cierto modo, un “sentir”; así, “ser” equivaldría a un “ser sentido”. Con esto, el pensamiento filosófico se instaló en el dominio de la sensación y la opinión; es decir, del sentir; lo que hizo más importante que una opinión “verdadera”, una opinión “mejor”.

De esta manera, Gorgias convirtió en técnica el antes incipiente “decir placentero” o “sugestivo”. Consideró a la persuasión verbal, no sólo una forma de dominio de la voluntad, sino el medio para modificar la *physis* entera, cuerpo y alma del hombre sobre el que actúa [p.109].

1.3. LA RACIONALIZACION PLATONICA DEL ENSALMO

Continuando con el desarrollo del pensamiento griego, diremos que Platón -quien participó activamente en las transformaciones del mismo- mantuvo presente en su mente la idea de la *epodé* a lo largo de toda su vida de escritor; así lo muestran sus obras *Cármides* y *Gorgias*, principalmente. En ellas, el término fue empleado con diverso sentido: servía para mencionar el modo tradicional (ensalmo o conjuro mágico) que venía practicándose desde



los tiempos prehoméricos y, ya en un sentido más interpretativo, se convertía en una original significación metafórica o analógica.

1.3.1. La *epodé*, recordémoslo, se define como una fórmula verbal de carácter mágico y contenido variable, recitada o cantada ante el enfermo para conseguir su curación. En consecuencia, podía adoptar la forma de conjuro, ensalmo, encantamiento o hechizo. Pero, ya en el sentido interpretativo que le daba Platón, se convertía en “palabras lisonjeras y plegarias encantadoras”; es decir, no sólo ensalmos en *strictu sensu*, sino *medios naturales de seducción* [p.131].

Los personajes de Platón llaman *epodé* a la palabra psicológicamente eficaz; a la expresión verbal virtual o realmente persuasiva [p.132]. En el *Fedón*, el valor del ensalmo es imponderable. Frente al miedo infantil que se tiene de la muerte, se espera que cada hombre sepa ser el ensalmador de sí mismo para enfrentarlo. El contenido de este ensalmo tendría que ser, según Platón, un mito; el largo y complejo mito del destino de las almas.

Con éstas y otras ideas, Platón fue convirtiendo la *epodé* en *razonamiento* o relato contra el error o los afectos dañinos en el hombre. Ello operó una transformación semántica: su forma de concebirla no correspondía ya a una simple metáfora, pues entre ésta y la analogía existía una transición intrínseca continua. Una metáfora genuina, se convertía en algo más que una simple asimilación verbal de dos realidades dispares entre sí; ella es como una analogía en que predomina la *pars loquentis*, mientras que la analogía es como una

metáfora en que predomina la *pars rei*. El pensamiento platónico acerca de la acción psicológica de estas metáforas o analogías -*epodái* (o discursos pertinentes y bellos)- giró en torno al término *sophrosyne*, equiparable, en este contexto, a una “templanza del alma”; virtud que los griegos estimaron fundamental para el ser humano.

La *epodé* terapéutica fue, en suma, un *logos kalós*, un “bello discurso”, capaz de producir en el alma de quien lo escuchase, *sophrosyne*; la posesión de ésta era, a su vez, condición previa para la sana operación de la *epodé*.

Médicamente hablando, la práctica del ensalmo debía preceder a la administración de cualquier medicamento, abonando así el terreno para la adquisición, por parte del enfermo, de la *sophrosyne*; la buena disposición del enfermo al tratamiento, valga decir, la “presentación” de su alma ante el médico, era la más clara manifestación de la existencia de la *sophrosyne*. Esta no era algo materialmente palpable; tampoco podía ubicarse dentro o fuera del cuerpo y, para aquel que la poseía, se hacía imposible saber y decir con exactitud lo que era. En un intento por definirla, Sócrates habló de ella en varias formas; todas ellas en estrecha relación con la idea del bien, que para los griegos no importaba mucho. Más tarde afirmaría Platón que la *sophrosyne*, existente también en los animales y en los niños, debía ser considerada como una forma irracional de la virtud. Con esto, Platón se apartó resueltamente del pensamiento socrático. En todo caso, la mejor prueba de la existencia de la *sophrosyne* fue la capacidad del hombre para ofrecerse a ser encantado.

En el *Cármides*, entretanto, se sostiene que la fuerza de la *epodé* es algo *natural* e inherente a la palabra misma, cuando ella es idónea y bella [p.138]. La creencia en Dios, por ejemplo, va naciendo por persuasión paulatina en las almas de los niños que “oyeron cantar a sus nodrizas y a sus madres relatos encantadores, *epodai*, a veces placenteros y a veces graves” [Ibid.]. Tal era el poder que la naturaleza de la palabra podía ejercer sobre la realidad del hombre; poder que, también hoy, reconocemos en el lenguaje.

1.3.2. Ahora, volviendo a Peitó, también Platón rindió un sentido tributo a su poder. Teniendo siempre presente el lugar que en el pensamiento griego le había sido asignado, se refería al mito como lo que “mueve el ánimo a recibir” solícita y creyentemente aquello que la razón del hombre no es capaz de demostrar con argumentos lógicos e irrefragables” [p.139]. Con esto, la *epodé* alcanzó en el pensamiento platónico su máximo valor.

Es necesario anotar que, el hecho de que Platón llamase *epodé* a la expresión verbal persuasiva, designando a la vez la *epodé*-ensalmo mágico y la *epodé*-palabra suasoria, obedece a su utilización de la metáfora que fue también, en cierta medida, verdadera analogía. La asimilación nominal de esas dos realidades en un mismo término, tiene un firme fundamento: ambas *epodé* son expresiones verbales y producen una modificación **real** y **efectiva** en el alma del oyente.

En la *epodé*-ensalmo mágico, había una buena dosis de superstición contra la cual se reveló Platón, por convertirse en un obstáculo para que la palabra operase de modo real sobre el estado anímico del oyente. Es lo que hoy se conoce como **sugestión** [p.140].

La *epodé*-palabra suasoria (*epodé*-mito), en cambio, no sólo actuaba sugestivamente cuando el oyente creía en ella, sino que, por la virtud natural de su forma y su contenido -entonación y significación-, era capaz de suscitar -persuasivamente- una creencia nueva en el alma del oyente o de hacer más intensas las que ya poseía. Esto explica la razón de la analogía entre ellas. En ambos casos, la modificación real del alma del oyente consistía en la producción de *sophrosyne* [p.140-1].

Bajo la acción de la palabra "encantadora", el alma del oyente -y consecutivamente su cuerpo en la medida en que ello es posible- se serenán, esclarecen y ordenan, se hacen *sophrones* (...) Y todo ello de una manera estrictamente "natural", por la virtud que de suyo tiene lo que se dice y por la disposición personal de quien oye eso que se le dice [Ibid.].

El poder curativo de la palabra se hace posible, entonces, gracias a la intervención de dos factores: de un lado, la expectativa y la creencia del oyente; valga decir, su buena disposición a la cura; de otro lado, la expectativa del ensalmador, su intención terapéutica, que expresa bajo la fuerza y el dominio de su palabra.

Con esto, Platón se alejó radicalmente de la concepción mágica de la palabra o *epodé*. Racionalizó el ensalmo. Esto, sin embargo, no era suficiente para inteligir los resortes por los que operaban los bellos discursos. No obstante, se diría luego que la *epodé* "racionalizada" actuaba engendrando *sophrosyne*, virtud no racional del hombre y, a través

de ella, persuaciones y creencias completamente irreductibles a la razón. La *epodé* pertenecía entonces a lo “demónico”, como aquello que pone en mutua relación a los dioses y a los hombres [p.141]. De allí surgieron los mitos educativos de Sócrates y Platón para procurar una especie de “divinización” de los hombres.

La salud anímica de un hombre, condición de su salud somática y necesario presupuesto para la recta administración de cualquier medicamento, consiste, pues, en el buen orden de las dos partes principales de su alma: aquella en que predomina lo racional o lógico, modificable por la acción de la dialéctica, y aquella otra en que prepondera lo irracional o creencial, susceptible de educación o *psykhagogía* por el encanto persuasivo de la *epodé*, el “bello discurso” o el “mito” [Ibid].

Nótese que el discurso psicológico de Platón, no excluía el carácter divino de entre ambas partes de la vida anímica. Era la *theoría*, forma suprema del ejercicio de la inteligencia, lo que divinizaba al hombre.

En cuanto a la *epodé*, concluiría Platón que, para su eficacia, eran requisitos indispensables la “presentación” de alma por parte del enfermo, y que la palabra del médico se convirtiese en *logos kalós*, “bello discurso”, adecuado al estado de alma de aquél; valga decir, en consonancia con él, para producir la necesaria *sophrosyne*. Dicha “presentación” de alma, parecía tener la condición de un término técnico. Ella engendraba dos aspectos importantes: por una parte, la creyente confianza del enfermo en la eficacia de la *epodé* y en la idoneidad del médico que se encargase de hacerlo; por otra, cierta expresión de sí mismo, mediante la cual podía el terapeuta conocer el estado de alma que le “ofrecían” [p.143]. Se esperaba, de esta forma, un intercambio imaginario entre ambos, que facilitaría el



tratamiento. La consecución de la *sophrosyne* -definida como el conjunto de creencias, saberes, apetitos y virtudes, bella y ordenadamente combinados entre sí- era el principal objetivo del mismo. Diremos así que la *sophrosyne* se hallaba en la esencia de la vida del hombre griego; ella debía ser, no sólo causa, sino también, efecto del buen éxito del tratamiento.

1.3.3. Con todo lo anterior, Platón se convirtió en el inventor de una psicoterapia verbal rigurosamente técnica. Gracias a su empeño racionalizador, la *epodé* terapéutica, ensalmo o conjuro mágico de antes, quedó resuelta en tres elementos diferentes a saber: uno **mágico**, que seguiría formando parte de la medicina supersticiosa; uno **racional**, en el sentido de un relato contra el error o los afectos dañinos, que adoptaría la forma de *logos kalós* para hacerse psicoterapia técnica; y uno **imperativo**, que perviviría en forma de plegaria a los dioses. Técnicamente empleada, la palabra actúa, según esto, por lo que ella es; por la virtud conjunta de su propia naturaleza y la del paciente, no por obra de ninguna potencia mágica [p.145].

En cuanto a la relación entre la *epodé* y la *kátharsis* en el pensamiento platónico, diremos que lo esencial es que “Toda *epodé* es un *katharmós* -arte de persuadir mediante la palabra- verbal; un recurso para la “purificación” del alma mediante la palabra” [p.155]. Veamos, en resumen, su mecanismo: la *epodé* -explica Laín Entralgo- engendra *sophrosyne*; ésta viene a representar todo aquello que constituye el alma del hombre, a saber, sus

creencias, saberes, sentimientos e impulsos. Es, por tanto, *kosmos* (buen orden y dominio de los placeres y los apetitos). Quien quiera que la posea equilibradamente, estará dotado de una sana *enmetría* u ordenada proporción del alma. Su carencia ocasiona en el hombre la *ametria*, o sea, el desequilibrio o desorden del alma, que da a la *psykhé* su contenido y su estructura [p.150]. La injusticia y la perversidad, son ejemplos de *ametria*; su etiología era atribuida, no al cuerpo, sino al acto y el deseo desordenados, según Platón; podría decirse, a la tendencia del hombre a satisfacer sus apetitos sin ningún control. Es ésta, por demás, la nueva concepción de “enfermedad del alma”. Ante ella, el *katharmós* -en el que se halla contenida la *epodé*- era, para Platón, el único agente catártico capaz de abordarla eficazmente.

En la *kátharsis* -que Platón nombró en diversos sentidos- se hallaban contenidos dos elementos básicos: en primer término, se aludía a la “purificación” de algo; en segundo término, se dejaba entrever el fundamento mismo de la realidad en que se nombraba; es decir, el carácter sacro o divino de lo “puro”, bien fuese la *physis* cósmica, la contemplación de las ideas o la armonía anímica del hombre que vivía “justamente”.

En suma, la *kátharsis* era, para Platón, un concepto rigurosamente filosófico; pero a la vez, ético, psicológico y médico, que aludía a la “purificación” de los objetos materiales sucios -entre ellos el cuerpo- que a causa de las impurezas eran víctimas de la enfermedad [p.146-7]. El mismo lo explicó de la siguiente manera: el *nous*, la mente, “lo divino en nosotros”, es puro por sí mismo; por tanto, no tiene necesidad de *kátharsis*. Pero el hombre



es a la vez *nous* y cuerpo viviente; más exactamente: mente o *nous*, cuerpo o *soma* y alma o *psykhé*. Como la impureza del cuerpo, o sea, el desorden de sus deseos mancha también el alma, ésta debe librarse de aquél. Esto se hace posible mediante la “purificación”, que consiste en la liberación que, respecto del cuerpo, debe tratar de lograr el alma hasta donde le sea posible, retrayéndose sobre sí misma desde todos los puntos de éste. Dicha purificación se logra mediante la *kátharsis*, de índole suasoria y educativa.

Fue así como nació la *kátharsis tes psykhés* o purificación del alma, como la adecuada reordenación verbal del contenido de la misma [p.153]. Se trataba de la palabra *ex ore* en función, con la que Platón se hizo inventor de la psicoterapia verbal científica o *káta tékhnen*.

1.4. LA PALABRA EN LA MEDICINA HIPOCRÁTICA

Pese a estar constituida ya en Grecia una doctrina acerca del empleo terapéutico de la palabra, para los hipocráticos, ésta fue, en su doble sentido de “razón” y “palabra expresiva y comunicativa”, el instrumento supremo del conocimiento intelectual [p.164]. “Si la mente o *nous* del hombre es capaz de conocer la realidad, es porque tiene *logos...*” -dijo Aristóteles.

1.4.1. En plena Edad Arcaica del pueblo griego, edad en que la medicina nacía y tomaba cuerpo como “técnica” haciéndose “fisiológica” y “científica”, el *logos*, en cuanto “razón”, se convertía en “razonamiento” o *logismós*; y, puesto que había un *logos iatrikós* -el *logos* que permite conocer lo que verdaderamente “son” la salud y la enfermedad- habría también un “razonamiento médico” [p.172]. En esta dirección, el pensamiento hipocrático avanzó resueltamente en la concepción y tratamiento de la enfermedad, tal como lo muestra el *Corpus Hippocraticum*, gracias a cinco factores:

Primero, desde el punto de vista de su “consistencia”, la enfermedad dejó de ser algo divinamente sobreañadido a la realidad individual del enfermo y pasó a ser concebida como un “desorden” interno de esa realidad.

Segundo, en cuanto a su “causa”, dejó de ser consecuencia de posesión, contaminación o castigo, para convertirse en el efecto de una “acción natural” anómala y violenta, capaz de perturbar patológicamente el doble equilibrio dinámico en que la salud consistía: equilibrio interior del cuerpo y de éste con el cosmos.

Tercero, como consecuencia de lo anterior, la práctica terapéutica dejó de ser empirismo rutinario, operación mágica o “purificación” del enfermo, para convertirse en “arte” o *tekhné* (técnica).

Cuarto, todo ello hacía necesario un conocimiento suficiente acerca de la *physis*, no como una mera adición de todas las “cosas naturales”, sino como el conjunto de lo que en todas ellas es fundamental y radical; algo a la vez unitario, generador, armonioso y divino.



Quinto, ese saber y ese decir "técnicos" acerca de la *physis*, recibieron el nombre de *physiología*; fueron, por tanto, el *logos* de la *physis* humana en estado de salud y de enfermedad [p.166-71]. Así, la *physis* del cuerpo fue el principio del *logos* en medicina. "Esto es: la naturaleza del cuerpo humano es la realidad a que se ha de aplicar ante todo el *logos* del médico" [p.171].

Con ello, la *epodé* como ensalmo mágico dejó de ser necesaria; más aún, fue repudiada por suscitar serias dudas con respecto a su eficacia, y por considerársela superstición e impostura. La palabra persuasiva, en cambio, operaba eficazmente en cuanto instrumento de comunicación entre el enfermo y el médico y, especialmente, cuando se dirigía de éste hacia aquél, bien en forma de pregunta, prescripción, medio de ilustración o agente persuasivo. La concordancia entre el saber del médico y la intelección que el enfermo pudiese hacer de sí mismo mientras su mente era conducida por la palabra de aquél, era imprescindible. La situación, en su conjunto, constituía un criterio de verdad. La palabra, entonces, poseía más un carácter noético que terapéutico.

Pero además de todo esto, el *logos* era necesario también para el buen prestigio del médico; de cualquier forma, dicho prestigio le permitiría granjearse la confianza del enfermo que había acudido a él por su brillo social. Era éste un punto más a favor del tratamiento, del que ambos se beneficiarían.

Cualquiera que fuese la intención del médico al emplear el *logos*, debía tener presente el carácter "científico" de sus intervenciones, pues la enfermedad era concebida -en el

Corpus Hippocraticum- como un accidente “natural” de la *physis* que, a su vez, era divina. En sus intervenciones, el médico tendría que contar con la insuficiencia de su arte orador, a la vez que procurar que sus prescripciones acertasen con la divina “necesidad de la naturaleza” [p.175]. Requería, por tanto, de una buena plegaria -nombre técnico asignado a la palabra dirigida a la divinidad- en la que actuase piadosa y técnicamente, según la necesidad divina de la *physis*; era esto lo que les daba su carácter científico.

Los hipocráticos estimaron la correlación entre la vida psíquica y el cuerpo, como algo evidente. Por esta razón, el conocimiento del médico acerca de la vida anímica del enfermo era imprescindible, ya que la índole de las pasiones que lo afectaban, influía directamente sobre las partes del cuerpo en que ellas se localizaban. Luego, si la vida anímica alteraba el cuerpo de un modo selectivo, también las palabras podrían hacerlo; más en su función cognoscitiva -en la que la voluntad y comprensión del enfermo tendrían un alto porcentaje de participación- que terapéutica. En la aceptación de sus tratamientos, pesaban más la naturaleza y libertad del enfermo, que la virtud sugestiva del terapeuta. Lo que decidiría la suerte del tratamiento no era ya la sugestión, sino la *physis* del enfermo, susceptible de ser alterada por su propia voluntad con ayuda del terapeuta [p.189].

Tenemos, en resumen, la idea general de una psicoterapia verbal de carácter no específico, orientada a conquistar la confianza del enfermo y a sostener en buen nivel su tono psicossomático, esencia del tratamiento hipocrático de la enfermedad.

Para finalizar, todo esto nos permite formular -con Laín Entralgo- tres conclusiones en torno a la actitud terapéutica del médico hipocrático: 1. Que éste no desconoció la importancia de una psicoterapia general o básica en el tratamiento de los enfermos. 2. Que conoció la eficacia somática de la vida psíquica y supo emplearla terapéuticamente. 3. Que supo utilizar la palabra sugestiva como agente terapéutico.

Pero, aún con todo esto, el médico hipocrático no pudo convertirse en un psicoterapeuta, debido a dos razones: de un lado, en un sentido accidental y táctico, por su repulsa a la *epodé* mágica en nombre de la medicina fisiológica. Esto, aún cuando los poetas y sofistas del siglo V habían descubierto que ciertos “encantamientos verbales” no mágicos, podían modificar la realidad de quien los escuchase y, por tanto, ser empleados como agentes terapéuticos. De otro lado, en un sentido metódico, por su irreprimible tendencia a ver y entender somática y sólo somáticamente, la doble naturaleza del hombre. Se olvidaba con ello que, “el estado que solemos llamar “enfermedad” es *siempre* cuerpo, pero nunca es *sólo* cuerpo” [p.193].

1.5. EL PODER DE LA PALABRA EN ARISTOTELES

El legado médico de Platón -su visión personal acerca de la psicoterapia verbal- no fue tenido en cuenta por los hipocráticos en la segunda mitad del siglo IV. De ello se ocupó



Aristóteles, no sin contradecir algunas de las ideas de su maestro. Si bien no aparece en su obra tratado alguno sobre la psicoterapia verbal, logró llevar a extrema precisión las observaciones de Platón acerca de la operación de la palabra.

1.5.1. El *logos* comunicativo, según enseñó Platón, puede adoptar dos formas distintas con diverso efecto psicológico: el *logos dialéctico*, que mediante razonamientos convincentes obliga a reconocer la verdad, y el *logos mítico* que, a favor de la persuasión, es capaz de suscitar creencias produciendo modificaciones en quien lo escucha. Este último se haría preámbulo del anterior, cuando la verdad que se tratase de conocer fuese accesible a la razón humana; y sucedáneo suyo, cuando la verdad buscada no fuese racionalmente accesible a quien la buscase: "La génesis es respecto de la esencia, lo que es la creencia respecto de la verdad" [p.198] -decía Platón.

La **creencia**, sería el modo humano de poseer verdades que pueden ser conocidas pero todavía no lo son. El ejercicio del *logos dialéctico* recibió el nombre técnico de **lógica**; su principal forma fue el "silogismo" -en este caso lógico-; su fin, el convencimiento del oyente; su materia, la verdad necesaria o convincente que inexorablemente se impone a la inteligencia. Un **silogismo lógico** bien construido, deja convencido a quien lo oye. Toda convicción de carácter racional puede ser expresada mediante un silogismo lógico o una serie de ellos. Pero, de acuerdo con Aristóteles, la palabra humana puede también persuadir, no sólo convencer. Así, junto al *logos dialéctico*, hay un *logos retórico*. Según esto, habrá



también un **silogismo retórico**, "...el "entimema", cuyo simple nombre (*en* y *thymós*, "en el ánimo") ya indica que su operación psicológica es más "cordial" que "cerebral", se orienta más hacia la afectividad que hacia la inteligencia" [p.199].

Veremos a continuación, la interpretación del pensamiento aristotélico acerca del poder persuasivo de la palabra.

1.5.2. La *Retórica* de Aristóteles, nació del propósito platónico de componer un *Arte retórica* que fuese verdadera *tékhne* y verdadera "ciencia" o *episteme*. En esto, Aristóteles fue partidario y seguidor de Platón. Pero al iniciar su empeño, descubrió que para ser verdadera *tékhne*, la retórica debía distanciarse de la moral; no para hacerse inmoral -subvertirse contra la moral recibida- sino amoral -ser indiferente al imperativo regente-.

Dicho descubrimiento lo obligaba a separarse de su maestro; primero, por la cuestión moral que acabamos de mencionar; y segundo, por una cuestión de índole lógica: frente a la prevención platónica contra la *dóxa* u "opinión", Aristóteles descubrió que también de lo verosímil podía surgir la ciencia y ésta era, precisamente, la *retórica*. Las premisas de sus razonamientos debían ser las opiniones corrientes, *éndoxa*, y las nociones comunes, *koiná*, ya que ellas no iban en contra de la verdad y del bien.

El orador debe ser capaz de persuadir de una cosa y de su contraria; "mas no para hacer una y otra cosa, pues de lo malo no se debe persuadir, sino para que no nos pase inadvertido cómo es lo malo, y para que cuando otro use las mismas razones, podamos deshacerlas [p.201].

La intención del orador, entonces, decidía la condición moral de la destreza retórica. Conjeturar sobre lo verosímil, no era más que habituarse a encontrar lo verdadero. “El *logos dialéctico* y el *logos retórico* tienen, a la postre, un mismo sujeto, y entre la dialéctica y la retórica no hay oposición, sino correlación y complemento” [Ibid.]. La retórica -según Aristóteles- no busca sólo convencer, sino además, conducir las almas, lo que requiere del estudio del carácter y las pasiones. La retórica era, para él, la facultad de considerar en cada caso lo que en él puede ser propio para persuadir. Cabe preguntar, según esto, si el estado de enfermedad es de alguna manera modificable por persuasión; en otros términos, ¿existe un género terapéutico o curativo en el cuerpo de la retórica?

1.5.3. Aristóteles distingue en la retórica tres géneros: uno deliberativo o político, otro judicial o forense y, uno último, demostrativo o epidíctico. En cada uno, el fin del discurso y la actitud del oyente son diferentes.

En el primero, el fin es lo conveniente o lo dañoso, y el oyente -el miembro de la Asamblea- está psicológicamente orientado hacia el futuro; en el segundo, el fin es lo justo o lo injusto, y el oyente -el juez- contempla en primer término el pasado; y, en el tercero, el fin es lo hermoso o lo feo, y el oyente -la persona a la cual se elogia o se vitupera- tiene en cuenta ante todo el presente. En cada uno de ellos, el orador utiliza los argumentos propios de su arte. Estos son llamados *pisteis* (confianzas o creencias). Persuasión, *peithó*, y creencia o confianza, *pisteis*, proceden de una misma raíz griega. “Un hombre está

persuadido cuando cree lo que le dicen. Por tanto, aquello que persuade, la prueba o argumento de la persuasión, es también aquello en que se cree o confía; *pistis*". Y estos "argumentos suasorios" o *pisteis* pueden ser -según Aristóteles- pruebas "técnicas" o pertenecientes al arte del orador.

Para el conocimiento dialéctico, las cosas reales son ante todo "seres" (*onta*); para el conocimiento retórico, las cosas son, primariamente, "pruebas suasorias" (*pisteis*).

Ahora, volviendo a nuestra pregunta acerca de la posibilidad de existencia de un género terapéutico en el cuerpo de la retórica, diremos que, entre las tres posibilidades aristotélicas, la más cercana a dicha idea es la deliberativa. El fin principal del orador, en este caso, es "lo conveniente"; la persuasión deliberativa tiene como objetivo lo posible, no por naturaleza ni azar, sino por el empeño humano: "las cosas que pueden depender de nosotros". Cabría decir, aristotélicamente -basados en el parentesco entre la persuasión terapéutica y la deliberativa-, que la medicina es una política en pequeño, en tanto que la política, es una medicina en grande. A fin de cuentas, también la medicina tiene por objetivo curar las enfermedades por medio del empeño humano.

El arte del orador, según la *Retórica*, consiste en utilizar diestramente las tres pruebas "técnicas" cardinales; los tres momentos principales de la persuasión: su carácter como orador, la disposición del oyente y lo que con el discurso se dice. El primero era primordial, sobre todo en el caso de la oratoria deliberativa; no dependía sólo de las condiciones naturales del orador, sino de los hábitos morales que en su vida hubiese

adquirido, y de la relación que entre él y sus oyentes se estableciese; esto, porque la persuasión dependía también de la forma en que el orador se presentase (si parecía o no estar en buena disposición con respecto a sus oyentes), lo que suscitaría en éstos una respuesta similar. Esta situación se repetía cotidianamente entre el médico y el enfermo, lo que hace pensar que, también entre ellos, el carácter del terapeuta tenía considerable importancia en la eficacia de sus prescripciones.

Pero también era importante, en este sentido, la disposición del oyente. Aristóteles llamó *diáthesis* a la ocasional disposición del alma en cada uno de sus posibles "aspectos", y veía determinada tal "disposición" por las pasiones (*páthe*) y los caracteres (edad, fortuna, buenos o malos hábitos) del oyente. La persuasión, decía Aristóteles, se produce en los oyentes "cuando son arrastrados a una pasión por el discurso, pues no son iguales nuestros juicios con pena que con alegría, con amistad que con odio" [p.205]. Con esto se situaba frente a un doble problema retórico: definir lo que es una pasión, y exponer la forma de modificarla o provocarla.

Desde el punto de vista de la retórica, las pasiones son:

aquello por lo que los hombres cambian y difieren para juzgar, y a las cuales siguen la pena y el placer; tales son la ira, la compasión, el temor y las demás semejantes, y sus contrarias. Actuando sobre el modo de juzgar, las pasiones son la parte más importante en la determinación de las "opiniones" de los hombres. [Ibid.].

Para Aristóteles, son algo más que un simple estado afectivo en tanto implican un cambio simultáneo en el cuerpo y en el modo de juzgar y opinar de quien las experimenta.

Para suscitar, extinguir o modificar las pasiones, el orador debía tener en cuenta los cuatro datos que constituyen las pruebas subjetivas o morales de la persuasión: la peculiar disposición del alma en cada una de las pasiones (psicología de la ira, la calma, el amor, el odio, la valentía, etc.), las personas frente a las cuales solía experimentarse cada pasión, las ocasiones o situaciones en que cada una sobreveníía más frecuentemente, y las características del oyente (edad, virtudes, etc.). A la luz de todo esto, el orador sabría cómo producir en su oyente la pasión que contrarrestara su estado.

A todo esto, Laín Entralgo indaga por el lugar que ocupa el orador, haciéndolo equiparable al del “sanador por la palabra”, tal como lo son los que hoy llamamos psicoterapeutas.

Pero más importante aún y más decisivo, era lo que con el discurso se decía, pues “por el discurso creen los oyentes, cuando con él mostramos la verdad o lo que parece verdad, según lo que sea persuasible en cada caso particular” [p. 207].

Aristóteles fue, como es sabido, el inventor de la **lógica**; en ella, el entimema, el silogismo, el ejemplo, la sentencia, la aducción y la locución, componen la doctrina acerca del decir persuasivo; así mismo, constituyen los recursos más importantes a utilizar en la psicoterapia verbal.

1.5.4. La manera como Aristóteles concibió la acción de lo oído, de la palabra persuasiva en el alma del oyente, quedó expresada bajo la forma de un mecanismo



psicológico que incluye cinco conceptos principales: carácter (*ethos*), disposición (*diáthesis*), pasión (*pathos*), opinión (*doxa*) y creencia (*pistis, peithó*).

En el encuentro retórico, se ponían en juego el carácter del orador y del oyente; se trataba de un encuentro a la vez intelectual y afectivo, como resultado del cual, el oyente adoptaba una posición a la luz de determinadas pasiones. Actuando sobre ellas, el orador -que debía poseer la capacidad para persuadir- las modificaba conforme a los fines para los que su discurso estaba ordenado; y gracias al influjo que la pasión ejercía sobre el modo de ver y juzgar las cosas, iba suscitando en el oyente un conjunto de opiniones nuevas o un cambio en las preexistentes. El oyente quedaba persuadido de algo, en virtud de lo cual se modificaban sus creencias. Así se esperaba que pudiese también ver la realidad, logrando con ello obtener la verdad, el bien y la felicidad. Nuevamente, esta situación se hace equiparable a la *sophrosyne* que tenía como meta el *logos kalós* de Sócrates, en el *Cármides* platónico. Volvemos así a estar en el terreno de la psicoterapia verbal.

1.5.5. El poder de la palabra en la obra de Aristóteles fue ante todo persuasivo, y recibió el nombre de *kátharsis* en un texto de la *Poética*. La catarsis poética, convertida luego en catarsis trágica en virtud de la imitación (*mimesis*) que les es común, fue, para Aristóteles,

una designación transportada de lo somático a lo afectivo para nombrar el tratamiento de un oprimido; tratamiento con el que se pretende, no transformar o reprimir el elemento opresor, sino excitarlo y fomentarlo, para producir así un alivio del oprimido [p. 213].



En el siglo XVII, la actitud hermenéutica comenzaba a recordar la acepción médica de la palabra *kátharsis*, entendiéndola desde el punto de vista de la felicidad y el bienestar individuales. Bernays [Ibid.] rompió con esta interpretación, para entender la “catarsis de las pasiones” como una purgación del alma en el sentido más médico del término:

Tomada concretamente -escribe-, la palabra *kátharsis* significa en griego una de estas dos cosas: o bien la expiación de una culpa por obra de ciertos ritos sacerdotales, o bien la supresión o el alivio de una enfermedad mediante un remedio médico exonerativo [Ibid.].

Aristóteles se acogió a esta segunda acepción; de allí su definición de la catarsis, desde el punto de vista médico.

Según un estudio del *Corpus Hippocraticum* realizado por A. Döring [p.214], la doctrina médica tradicional en Grecia, enseñaba que el purgante actúa exacerbando previamente hasta llevar al paroxismo la enfermedad, para luego curarla [Ibid.].

La *kátharsis* significa, entonces, “purgación” de las pasiones. La psicología de Aristóteles, tal como lo indica su definición de la catarsis, fue siempre fisiológica. La compasión y el temor, como afectos psicossomáticos elementales, eran para él los facilitadores de la misma. Era esto lo que podía apreciarse en el espectador de una tragedia teatral, cuando ésta lo llevaba a derramar lágrimas de placer. En consecuencia, la *kátharsis* aristotélica debe ser entendida como un proceso psicossomático elemental de “purgación” [p. 219-20].

El placer, tanto para Platón como para Aristóteles, era el “retorno del organismo desde un estado de perturbación a la armonía propia de su peculiar naturaleza...” [p. 220]. Aristóteles lo entendió como “cierto movimiento del alma, y una vuelta total y sensible hacia el estado natural” [p.231]. Consistía en la actividad no estorbada de los hábitos pertenecientes a la naturaleza de quien los poseía y ejercitaba; especialmente, del pensamiento [p.232]. Existían, pues, tantos placeres como actividades, bien en el plano del pensamiento o en el plano somático.

El placer causado por la contemplación de una tragedia era, no sólo purgativo, sino nocivo. La poesía y el arte griegos, en el ámbito de lo bello, pertenecían también a la orbe de lo placentero; así, en la tragedia, lo placentero tuvo su lugar específico en el gusto elemental y profundo del hombre por lo terrible y conmovedor. La catarsis trágica fue, por tanto, obra de la total acción del drama: la excitación anímica del espectador iría en ascenso, hasta que, llegados el espanto y la aflicción de su alma a la tensión máxima, se produciría la “purgación” -“descarga”- de esas dos pasiones y se alcanzaría el alivio placentero en que la *hedoné* (placer) de la tragedia consiste. El espectador volvería a su casa “mejor” en relación con su bienestar físico. Nada como el placer de la tragedia para aliviar los pesares [p. 221].

En su trabajo sobre la *kátharsis* trágica, Max Pohlenz [p.221] descubrió que el *ergon* de la tragedia, lo que ésta opera por sí misma en el espectador, no es el placer, sino la catarsis; ella es, como habíamos dicho, un proceso purgativo, pero con una misión: ordenar la vida psíquica de modo que los impulsos y apetitos irracionales, queden subordinados a lo

que en el alma humana es superior a la inteligencia. Aristóteles considera que el hombre no debe vivir “según pasión”, sino “según entendimiento”. La catarsis trágica, por tanto, cumple también una acción moral [p.224]. Esta tuvo, para los griegos, una indudable misión educativa y ética: “...el *logos* de la tragedia, lo que en ella se dice, es el agente principal de la catarsis trágica” [p.226].

La *kátharsis* de que habló Aristóteles en su *Poética* fue, ante todo, una “catarsis verbal *ex auditu*”, equiparable a la que pueden producir el orador y el terapeuta frente a su oyente [p.228]. Su interpretación estuvo basada en un hecho fundamental: el carácter esencialmente religioso de la tragedia griega, que otorgaba al autor trágico una peculiar significación en la vida de los griegos; el poeta era el educador religioso de su pueblo.

El trágico griego, (...) va expresando literariamente la conciencia religiosa e histórica de sus coetáneos; y a la vez, cumpliendo su oficio de educador, orienta y gobierna con su obra la actitud del hombre común ante su tradición y sus dioses [p.229].

...la tragedia escenifica la vida de un hombre en una situación *nueva, imprevista y máximamente grave* de su propia existencia; el poeta trágico educa al espectador mostrándole lo que ese hombre puede hacer y hace en tal situación [p.238].

Puede decirse así que la acción educativa de la tragedia es moral, pues a partir de ella, el espectador adquiere clara conciencia de que la acción trágica contemplada es posible, aún en su propia vida. Es esto, justamente, lo que lo hace rectificarse.

Para entender la catarsis trágica debe tenerse en cuenta que la tragedia es, ante todo, la imitación escénica de una acción humana organizada “lógicamente”, en tanto se halla articulada por la palabra -o *logos*- y el discurso [p.241].

1.5.6. Ahora podemos sumar, al *logos dialéctico* y al *retórico*, un *logos trágico*. La imitación trágica, según Aristóteles, debía expresarse en un “lenguaje bien sazonado”. La elocución o *lexis*, constituía una de las partes esenciales de la tragedia. Con ella, la acción trágica podría causar su efecto propio en el alma del oyente aún cuando estuviese reducida al puro discurso o *logos*, pues las sensaciones auditivas solían ser, para el hombre, más impresionantes que las imágenes.

No sólo en la filosofía, mas también en la tragedia, el *logos* fue superior al *ethos* y al *pathos*. Desde el punto de vista somático y medicinal, la “purgación” -o catarsis medicinal- no fue independiente del pensamiento religioso del pueblo griego; al contrario, se hallaban unidas por un doble nexo: la general atribución de un carácter divino a la *physis*, y el significado real de la palabra *kátharsis*, también con un importante ingrediente religioso. “La ‘purgación’ era también la ‘purificación’, y más cuando se trataba de dejar “puro” un fragmento de la *physis*” [p.258]. El placentero y bien ordenado estado de ánimo del espectador tras haber contemplado la tragedia -valga decir, su “purificación”-, se hacía equiparable, por tanto, al efecto de los “bellos discursos” de Sócrates que producían en el alma del oyente la ya mencionada *sophrosyne*. Así, la “purificación de los afectos” no viene a ser más que el restablecimiento de la *sophrosyne*, templanza y aquietamiento de las pasiones proporcionadoras del alivio [p.259]. En suma, Aristóteles atribuyó a la palabra un



triple poder: cuando es razonamiento dialéctico, convence; cuando es discurso retórico, persuade; y, cuando es poema trágico, purga y purifica.

Láin Entralgo concluye su trabajo -desde un punto de vista histórico y a la vez sistemático- indicando cómo el empleo de la palabra en el epos homérico con fines curativos, fue adquiriendo importancia hasta ser llamada por los posthoméricos, metafóricamente, *epodé* “ensalmo”, y *thelkterion* “hechizo”. Como si hubiese sido “ensalmado” o “hechizado”, el hombre cambiaba su condición bajo la acción de la palabra persuasiva [p.271]. De allí surgió la idea -con Gorgias y Atifonte- de aplicarla “técnicamente” a la curación de las enfermedades.

También Platón llamó *epodé* a la palabra eficazmente sugestiva, haciéndola equivaler a una analogía intrínseca que explicó de la siguiente manera: la palabra sugestiva puede ser llamada “ensalmo”, cuando sea “bello discurso” y produzca en el alma *sophrosyne*; es decir, bella, armoniosa y justa ordenación de todos los ingredientes de la vida anímica: creencias, sentimientos, impulsos, saberes, pensamientos y estimaciones. Ello se logra reordenando éste, el contenido del alma, por medio de persuaciones. Es ésta la función del *logos mítico*. Dicha operación, recibió de Platón el nombre de *kátharsis*.

Unida a la medicina, la práctica catártica abonó el terreno para el surgimiento de la psicoterapia verbal. Así, mientras a través del empleo poco elocuente de la palabra Hipócrates negó el nacimiento a la psicoterapia, Aristóteles recogió el legado de Platón y lo alimentó con su propia visión acerca de la misma. La *Retórica*, en esto, constituye todo un

tratado respecto a la palabra persuasiva, en la que se vislumbran ya los inicios de una "oratoria terapéutica". En cuanto a la *Poética*, se descubre en ella una nueva acción de la palabra: su acción catártica.

La catarsis fue, para Platón, la reordenación convictiva y persuasiva del alma por medio de argumentos convincentes. Para el Estagirita, fue la purgación que ciertas palabras producen en la realidad del ser humano. Según los griegos, para obtener buenos efectos psicológicos y terapéuticos la palabra debía ser bella, pues la condición humana del oyente así lo exigía. Además, debía proceder de un hombre prestigioso y ajustarse a la disposición del oyente. Sólo así la palabra se haría plenamente eficaz, pues se habría establecido, entre el que habla y el que oye, una debida relación. Así las cosas, se iniciaría el tratamiento por medio de persuaciones y bellos discursos, que buscarían modificar en el oyente las pasiones que lo aquejan. Este, entonces, recuperaría su salud tanto física como psíquica, favoreciendo el curso de su vida. Tal fue, a grandes rasgos, el proceso de la curación por la palabra en la Antigüedad Clásica.

Podemos concluir, entonces, con esta afirmación: siempre que se halle íntimamente ligada al prestigio del médico u orador -o del terapeuta como se lo llama actualmente- y que se la emplee como forma de poder sobre lo psíquico, la palabra no es más que **sugestión**.

En el capítulo que viene a continuación podremos apreciar las consecuencias de dicha afirmación en el campo de la psicoterapia.

2. HIPNOSIS Y SUGESTION CON FREUD

"Desde que sabemos denominar todas sus partes, el cuerpo desasosiega menos al hombre. Ahora también sabemos que el alma no es más que la actividad de la materia gris del cerebro. La dualidad entre el cuerpo y el alma ha quedado velada por los términos científicos y podemos reírnos alegremente de ella como de un prejuicio pasado de moda. Pero basta que el hombre se enamore como un loco y tenga que oír al mismo tiempo el sonido de sus tripas".

Kundera, La insoportable levedad del ser.

Antes de entrar en materia, conviene recapitular sucintamente el lugar que, de acuerdo con Láin Entralgo, correspondió a la palabra en la Grecia Antigua como recurso terapéutico. Recordemos entonces que, en un principio, no se la empleó más que como complemento del ritual curativo -de la *kátharsis*- sin ser estimado hasta mucho tiempo después, con Platón, su verdadero valor. Desde los tiempos de Homero, se la usó, como habíamos dicho antes,⁴ con tres intenciones diferentes: una **imperativa**, en forma de plegaria, dirigida a los dioses con el propósito de conseguir de ellos la salud. En el enfermo, operaba como un mandato divino al que se debía obedecer, sin tregua alguna de ser puesta en entredicho su eficacia; éste, por tanto, debía curarse. La **mágica**, el ensalmo, cuyo uso se extendió hasta Aristóteles, época en la que conservaba todavía algo de su prestigio sanador; pues si bien fue despojado en aquella época de la arraigada concepción mágica tradicional

⁴ Véase *supra*, p.11.



que le atribuía un poder ilimitado sobre el hombre, se lo empleó, no obstante, como instrumento curativo. Ello, gracias a que demostraba tener una fuerte influencia sobre la enfermedad; influencia que Aristóteles explicaría más tarde a partir del poder natural del *logos*. Por último la **psicológica**, con su “decir placentero” o “sugestivo”, que por el poder natural que se había descubierto en la palabra, esperaba que ésta lograra su efecto sobre el enfermo sin necesidad de presentarla bajo la forma de una orden, ni de rodearla de un halo mágico.

Todas estas formas de la palabra consiguieron, en su momento, la curación para el enfermo. Sin embargo, su continua evolución y cambio -valga decir, cambios de tratamiento-, indica que no todo marchaba como se esperaba; antes bien, la hiancia producida por la enfermedad en la práctica médica, obligaba al médico a buscar respuestas más acertadas a dicho fenómeno. Para ello, contó siempre con la participación de la palabra en el ámbito psíquico y con los recursos que, de manera inmediata, su misma práctica le ofrecían.

El nacimiento de la medicina moderna y la psicología en el siglo XVIII, marcó un hito fundamental en la historia de la psicoterapia; durante este tiempo, el empleo de la palabra en el tratamiento -tanto médico como psíquico- debió pasar por numerosas transformaciones, a la cabeza de las cuales estuvieron los más renombrados médicos y psicoanalistas de la época: Charcot, Janet, Bernheim y, por supuesto, Freud entre ellos. Como resultado de dichas transformaciones, fue posible el surgimiento de la **hipnosis** -y con



ella la **sugestión**- como técnica fundamental del tratamiento. Más tarde aparecería la **transferencia** -de la que nos ocuparemos en el siguiente capítulo-, para entrar en contraposición con ella. Sobre los logros obtenidos de los trabajos de estos autores, tendremos una idea, a grandes rasgos, en lo que sigue a continuación.

2.1. ANTECEDENTES

Hasta la época de Charcot, la Academia de Paris condenó varias veces los experimentos hipnóticos por considerarlos mistificación y charlatanería. Charcot, sin embargo, encontró en sus estudios sobre la histeria una vía de entrada a los dominios del hipnotismo, avanzó por ella resueltamente e inauguró una nueva rama del saber científico. Según Ingenieros,⁵ el estudio de los fenómenos histéricos -gracias a las investigaciones realizadas entre 1884 y 1904- entró en una fase experimental convirtiéndose en una rama de la fisiología humana. El hipnotismo, entonces, fue explicado a partir de la fisiología cerebral, no obstante carecer de explicación definitiva algunos de sus fenómenos. Por esta razón, fueron descartadas todas las doctrinas animistas con las cuales se lo solía explicar, así como la idea de la existencia de una sustancia que pasaba del hipnotizador al hipnotizado o la existencia de acciones inteligentes a distancia alegadas para la sugestión mental o telepsiquia.

⁵ INGENIEROS, José. *Histeria y sugestión*. Buenos Aires: Ed. L. J. Rosso, 1.904, p. 299.



A la sugestión, por su parte, fue dedicada toda una doctrina en la que se establecía que, el sueño provocado por medio de la hipnosis, era innecesario para obtener los fenómenos llamados hipnóticos, ya que ellos podían obtenerse igualmente en estado de vigilia, por la simple palabra, presentando al sujeto la idea de esos fenómenos. Esto se debía a que ellos eran de carácter fisiológico y nacían de una propiedad normal del cerebro: la **sugestibilidad**; es decir, la aptitud del cerebro para recibir una idea y transformarla en acto.

A este respecto, las disidencias existentes entre los teóricos de entonces dividieron el campo científico cristalizándose principalmente en los criterios doctrinarios sostenidos por las escuelas de Charcot y Bernheim -La Salpêtrière y Nancy, respectivamente-, que lejos de contribuir a la solución del problema, es decir, a una definición unificada de los conceptos de hipnosis y sugestión, perdieron luego su valor.

Bernheim sostuvo -según Ingenieros-⁶ que todos los seres humanos presentaban una diversa aptitud sugestiva que los hacía susceptibles de realizar algunos fenómenos e incapaces de realizar otros. Afirmaba que la escuela de la Salpêtrière se había equivocado por admitir el hipnotismo como una neurosis posible solamente en los histéricos, y por considerar en ella tres fases que, a su parecer, no existían: la letargia, la catalepsia y el sonambulismo, por lo cual la calificaba como una “neurosis hipnótica sugestiva”. Además, procuró separar la sugestión de todos los “prejuicios” (hipnotismo, histeria, sueño provocado), que obscurecían la concepción de dicho fenómeno; ella exteriorizaba una propiedad normal del cerebro: la **sugestibilidad**. La extensión que la escuela de Bernheim

⁶ Op. cit., p. 302.



dio a dicho concepto fue tal, que el hipnotismo y la sugestión, aparecían sólo como casos particulares de la misma.

Las opiniones de Bernheim encontraron fácil asidero en innumerables observaciones clínicas, siendo compartidas por numerosos especialistas. Uno de sus más ilustres partidarios fue Binet,⁷ quien en su obra **La suggestibilité** (Paris, 1900), expuso todo lo concerniente a la interpretación y amplitud del concepto de suggestibilidad en Bernheim, mostrando cómo dicho término abarca varios fenómenos que pueden distinguirse de antemano: primero, la obediencia a una acción moral que puede venir de otra persona (este sería en cierto modo el sentido técnico de la palabra); segundo, la tendencia a la imitación, que puede combinarse con una influencia moral sugestiva o existir aisladamente; tercero, la existencia de una idea preconcebida que paraliza el sentido crítico; cuarto, la atención expectante a los errores inconscientes de una imaginación mal regulada; y quinto, los fenómenos subconscientes producidos durante un estado de distracción o después de cualquier hecho capaz de originar un desdoblamiento de la conciencia.

En su obra, Binet muestra dos caracteres de la sugestión: el primero de ellos supone un proceso disociativo; el segundo, consiste en un grado de inconciencia más o menos definido; la actividad puesta en juego por la sugestión, piensa, combina ideas, razona, siente y actúa, sin que el yo conciente pueda darse cuenta del mecanismo productor de esos fenómenos. La acción resultante de la sugestión es de carácter moral, ya que el sugestionado deviene un tanto autómeta, adoptando un nuevo comportamiento a la luz del imperativo que

⁷ Op. cit., p. 303.

le viene de otro, a quien se conoce y se respeta socialmente; alguien que observa unas normas de comportamiento "intachables". Esta acción especial, que proviene de otro, bien podría llamarse miedo, amor, fascinación, respeto, intimidación, seducción, etc.

Pero la escuela de Bernheim, sin embargo, no establecía diferenciación alguna entre los conceptos de hipnosis y sugestión, lo cual sí hizo Binet, intentando mostrar en su obra cómo para las experiencias de psicología puede hacerse uso de la sugestión normal recurriendo a afirmaciones autoritarias, determinando así una obediencia automática del sujeto, suspendiendo, por tanto, su voluntad y su sentido crítico, fuera de toda hipnotización. Volveremos sobre este punto más adelante.

Al regresar de París a Viena en 1886, luego de haber realizado durante seis meses en compañía de Charcot los estudios que consiguieron desplazar su interés científico de la neurología a la psicología,⁸ pronunció Freud dos conferencias sobre el hipnotismo: la primera el 11 de mayo ante el Club Fisiológico de Viena y, la segunda, el 27 del mismo mes ante la Sociedad de Psiquiatría, luego de lo cual dedicó durante algunos años gran parte de su atención al estudio del hipnotismo y la sugestión. Su *Prólogo a la traducción de H. Bernheim, De la Sugestion* (1888 [1888-89]) fue el primer texto que dio cuenta de sus conocimientos sobre el tema. Su traducción del libro de Bernheim parece haber sido publicada a comienzos de 1889, época en la cual ya había tenido contacto con August Forel, reconocido psiquiatra suizo, por recomendación de quien realizó una visita de algunas

⁸ Su *Informe sobre mis estudios en París y Berlín* (1.956[1.886]), constituye la mejor narración, hecha por su protagonista, de un hecho histórico fundamental en el nacimiento del psicoanálisis.

semanas a Bernheim y Liébeault en Nancy, en busca de perfeccionar su técnica hipnótica y habiendo reconocido ya las limitaciones de dicho procedimiento.

Freud hizo uso efectivo de la hipnosis entre 1.886 y 1.896, año en que fue publicada la segunda edición de la obra de Bernheim. En ella, eliminó por entero la minuciosa introducción que había redactado para la primera edición. Con este hecho, expresaba su creciente impaciencia respecto del método de tratamiento en su totalidad, pues las dificultades e inconvenientes que había descubierto en él se hicieron tan evidentes, que debió renunciar definitivamente a su empleo. No obstante, su interés por la teoría del hipnotismo y la sugestión abarcó un lapso más amplio, situándose, en ocasiones, en medio de lo que para la época parecían constituir los dos bandos esenciales de la controversia: "Charcot versus Bernheim". Pero, si bien en su posición había mostrado una oscilación en dicha controversia, acabó por insistir en la vaguedad del término "sugestión" y en el hecho de que el propio Bernheim fuese incapaz de explicar el mecanismo de dicho proceso; posición que expresa en la reseña que hace de Forel, en el historial del pequeño Hans, en las conferencias de introducción al psicoanálisis y, finalmente, en la *Psicología de las masas y análisis del yo*, donde aparecen varias puntualizaciones acerca tanto de la sugestión como de la hipnosis, y en la que se retracta definitivamente de su anterior inclinación a sustentar las concepciones

de Bernheim:

Creo digno de señalarse que las elucidaciones de esta sección nos mueven a abandonar las concepciones de Bernheim sobre la hipnosis para volver a la concepción ingenua más antigua. Según Bernheim, todos los fenómenos hipnóticos derivan de un factor, la sugestión, que ya no es susceptible de ulterior esclarecimiento. Nosotros llegamos a la conclusión de que *la sugestión es un fenómeno parcial del estado hipnótico*, que tiene



su buen fundamento en una disposición que se conserva inconsciente desde la historia primordial de la familia humana.⁹

Luego -comenta Strachey-¹⁰ en una carta dirigida a Roback el 20 de febrero de 1.930, dice: "En la cuestión de la hipnosis realmente tomé partido en contra de Charcot, aunque no del todo en favor de Bernheim".

2.2. TRATAMIENTO PSIQUICO POR LA PALABRA

Tras un período bastante infecundo en que dependió de la llamada "fisiología de la naturaleza",¹¹ la ciencia devolvió a la palabra -dice Freud- una parte de su antiguo poder ensalmador.¹² Bajo el influjo de las ciencias naturales, la medicina logró sus máximos progresos, entre los cuales el hecho de concebir la relación entre lo anímico¹³ y lo corporal como una explicación posible de la enfermedad, fue uno de los principales. Contraria a la concepción más actual, lo anímico fue presentado, en aquel entonces, como comandado por lo corporal. Pero la presencia de afecciones de las cuales no se tenía un signo materialmente visible, produjo un cambio de mentalidad: por hallarse los signos patológicos bajo el influjo

⁹ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.796, vol. XVIII, p. 121n. Las bastardillas no corresponden al original.

¹⁰ STRACHEY, James. Su nota introductoria al texto de Freud: *Trabajos sobre hipnosis y sugestión* (1888-1892). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p.75.

¹¹ Escuela de pensamiento de tipo panteísta (según la cual Dios se identifica con el mundo), que predominó en Alemania en la primera mitad del siglo XIX.

¹² FREUD, S. *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* (1.890). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p.115.

¹³ Tradicionalmente, el término "anímico" se halla referido a un particular "estado de ánimo", es decir, del "alma". En lugar de esta acepción, toda vez que se lo emplee en el curso del presente trabajo deberá ser entendido como lo "psíquico", que cobija un campo más vasto en el terreno de los procesos psicológicos.



de irritaciones, emociones, preocupaciones, la investigación médica concluyó que se trataba de una afección del sistema nervioso en su conjunto; tales estados recibieron el nombre de nerviosidad (neurastenia, histeria), y fueron definidos como enfermedades meramente “funcionales” del sistema nervioso.¹⁴ Por tanto, la causa inmediata de esas perturbaciones debía buscarse también en lo anímico.¹⁵ La “expresión de las emociones”, los “afectos” y los “procesos de pensamiento”, fueron así considerados *estados anímicos*; caracterizados, además, por exteriorizaciones corporales visibles. “Aún la tranquila actividad de pensar en ‘representaciones’ provoca, según sea el contenido de éstas, permanentes excitaciones sobre los músculos planos y estriados”.¹⁶ “Los procesos de la *voluntad* y la *atención* son así mismo capaces de *influir* profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un importante papel como promotores o inhibidores de enfermedades físicas”.¹⁷ Y continuando con este mismo texto, diremos, además, que en él Freud se refiere al valor de la palabra en el tratamiento psíquico, indicando cómo ésta constituye su más importante recurso, su instrumento esencial. El mismo fue concebido como un tratamiento *desde* el alma, de perturbaciones anímicas o corporales, con recursos que de manera primaria o inmediata pudiesen *influir* sobre lo anímico del hombre.¹⁸ Siendo históricamente el tratamiento más

¹⁴ FREUD, S. Op. cit., p. 117.

¹⁵ Op. cit., p. 118.

¹⁶ Op. cit., p. 119-20.

¹⁷ Ibid. Las bastardillas no corresponden al original.

¹⁸ Cf. Op. cit., p. 115.



antiguo, consistía en el empeño médico por provocar en el enfermo los estados y condiciones anímicas más favorables para su curación.¹⁹

Ya en otro lugar,²⁰ habíamos indicado cómo el pueblo griego debió emplearlo como único recurso terapéutico; los ensalmos, los baños purificadores, el empleo del decir sugestivo, etc., hicieron parte de la limitada gama de procedimientos médicos empleados con el propósito de curar. La personalidad misma del orador o del médico,²¹ fue un factor decisivo para el éxito del tratamiento, por hallarse revestido, a los ojos del pueblo, de un poder divino. En todo ello, la palabra fue, sin duda, la principal mediadora en el influjo sugestivo que era menester ejercer. Más tarde diría Freud al respecto:

...las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos.²²

Con esto, fue haciéndose más grande la necesidad médica de emplear la palabra, como el medio más apropiado para conseguir del enfermo el estado anímico favorable para la cura. El médico, entonces, procuraría presentar su personalidad al enfermo de modo tal que pudiese granjearse su confianza y, con ello, suscitar en él afectos intensos -una de las formas más importantes en que lo anímico influye sobre lo corporal-.²³

¹⁹ Op. cit., p. 123.

²⁰ Véase *supra*, cap. 1.

²¹ FREUD, S. Op. cit., p. 123.

²² Ibid. Las bastardillas no hacen parte del original.

²³ Op. cit., p. 124.

El propósito primero del tratamiento psíquico consistía en integrar la **actividad voluntaria** y la **atención** del enfermo. Así, el tratamiento es, para el médico, "...la posibilidad que de manera singular e imprevisible se le ha ofrecido de *ejercer una influencia profunda, aunque transitoria, sobre la vida anímica de sus enfermos y aprovecharla con fines terapéuticos*".²⁴

La **hipnosis** -nombre dado a la técnica terapéutica mediante la cual se realizaba dicho tratamiento- suele obtenerse mediante la palabra, lo que significa que el *estado hipnótico* puede conseguirse "apalabrándole"²⁵ al enfermo su ingreso en él. No es en absoluto un dormir común; en ella se presentan alteraciones y operaciones psíquicas que le son propias. Su rasgo más importante reside en la conducta del hipnotizado hacia su hipnotizador. Aquí, la influencia de la vida anímica sobre lo corporal se eleva a su máxima expresión.

Ahora, volviendo a lo anterior, en su *Prólogo a la traducción de H. Bernheim, De la Suggestion* (1888-89), Freud se refiere a dicho autor como aquel que logró despojar de su rareza las manifestaciones del **hipnotismo**, anudándolas a consabidos fenómenos de la vida psicológica y del dormir. Los problemas de la hipnosis, por tanto, pasaron a ser problemas de la psicología. Allí se postuló a la **sugestión** como "...el núcleo y la clave del hipnotismo",²⁶ pero se la ubicó también en ámbitos externos a la hipnosis. Se decía entonces

²⁴ Op. cit., p. 125. Las bastardillas no aparecen en el original.

²⁵ Ibid.

²⁶ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 81.

que, tanto la *hipnosis* como la *sugestión hipnótica*, podían ser aplicadas a la mayoría de las personas sanas, no sólo a histéricos o neurópatas graves.²⁷

Con estas y otras ideas similares, la escuela de Bernheim abordó el problema de la sugestión -inescindible todavía de la hipnosis- aseverando que:

todos los fenómenos del *hipnotismo* tienen un mismo origen, a saber: proceden de una *sugestión*, de una *representación* conciente, que es instalada en el encéfalo del hipnotizado por un influjo exterior y acogida en él como si se hubiera generado espontáneamente²⁸

Según esto -dice Freud-, todos los fenómenos hipnóticos serían fenómenos psíquicos; efectos de *sugestiones*.

Estas afirmaciones explican la intrincada correlación en la concepción de la *hipnosis* y la *sugestión*, al punto de ser definida la primera en virtud de la segunda. Definición en la que el concepto de *representación* tiene también un alto compromiso, como veremos más adelante.

Entretanto, comencemos por indicar cómo la relación recíproca entre ambos conceptos sirvió de base a la confusión reinante entre los científicos de la época, entre ellos Freud, con cuya intervención vino a ordenarse un poco la situación.

La **hipnosis** -cuyo término fue acuñado por James Braid en 1.843, según lo asegura Freud en una nota al pie de su *Reseña de August Forel, Der Hypnotismus* (1.899)- fue

²⁷ Ibid.

²⁸ Op. cit., p. 83. Las bastardillas no aparecen en el original.

equivalente, en sus inicios, a una técnica médica mediante la cual se buscaba aliviar a los enfermos por medio de un influjo psíquico inofensivo: el de la **sugestión**.

Ya en aquel entonces -(1.888-9)- había advertido Freud sobre la inminente aproximación de la terapia sugestiva al arsenal de procedimientos médicos, con un futuro promisorio. El médico -según sus palabras- "...advertirá que es imposible renunciar a la hipnosis, dejar sufrientes a sus enfermos cuando se podría aliviarlos mediante un influjo psíquico inocuo".²⁹ El procedimiento terapéutico hipnótico consistía, en primer lugar, en provocar el estado hipnótico y, en segundo, en *impartir una sugestión* al hipnotizado.³⁰ Dicho estado podía ser producido y eliminado por tres caminos: primero, por el influjo psíquico de un ser humano sobre otro (sugestión); segundo, por el influjo -fisiológico- de ciertos procedimientos (fijación de los magnetos, de una mano humana, etc.); tercero, por autoinflujo (autohipnosis). Sólo el primero de éstos pudo ser comprobado: la producción de hipnosis por *representación-sugestión*.³¹ De cualquier forma, según Forel,³² en ninguno de los otros podía descartarse la posibilidad de influjo sugestivo.

La explicación de los fenómenos hipnóticos -dice Freud- fue formulada inicialmente bajo tres teorías de diferente fundamento: la del *magnetismo*, de Mesmer, que suponía en el acto hipnótico la existencia de un fluido que pasaba del hipnotizador al hipnotizado; la *somática*, a la cabeza de la cual se hallaba Charcot, que explicaba los

²⁹ Op. cit., p. 101.

³⁰ Ibid.

³¹ Cf. Op. cit., p. 104.

³² Ibid.



fenómenos hipnóticos siguiendo el esquema de los reflejos espinales y veía en la hipnosis un estado fisiológicamente alterado del sistema nervioso producido por estímulos exteriores (pase de manos, fijación, magnetos, etc.); aseguraba que tales estímulos poseían un efecto "hipnógeno" gracias a una cierta disposición del sistema nervioso y, por tanto, era apta sólo para histéricos; por último la de la *sugestión*, postulada por Liébeault y sus discípulos -Bernheim entre ellos-; que sostenía que todos los fenómenos de la hipnosis eran efectos psíquicos, consecuencias de unas representaciones evocadas en el hipnotismo; que el estado de hipnosis, como tal, no era producido por estímulos exteriores, sino por una sugestión y que, además, su obtención no era exclusiva de la histeria sino también de personas sanas.

Las dos primeras fueron rápidamente descartadas; la primera, por presentarse como una teoría ajena a la mentalidad científica de la época; la segunda, por desdeñar el influjo de representaciones en la hipnosis. La tercera, en cambio, fue al parecer la más acertada.

En suma -concluye Freud-,³³ "...el concepto de hipnotismo, tan nebuloso hasta ahora, tiene que asimilarse al de sugestión".

"El hecho principal del hipnotismo consiste en que se puede **poner** a un ser humano en un **estado de alma** (respectivamente un estado encefálico) semejante al dormir. A este estado se lo llamó 'hipnosis'".³⁴

El **hipnotismo** fue considerado por Freud una *técnica*, aplicable en el caso de perturbaciones puramente "funcionales", nerviosas, afecciones de origen psíquico (no

³³ Op. cit., p. 106.

³⁴ Op. cit., p. 104. Las negrillas no aparecen en el original.

orgánico) y hábitos tóxicos o de otra índole.³⁵ El procedimiento en su totalidad fue descrito por él de la siguiente manera: se hace sentar al enfermo en una silla cómoda pidiéndole que **preste atención** y que no hable desde ese momento para no estorbar su adormecimiento. Se le afloja toda prenda ajustada y, los testigos -cuya función es protegerlo de todo abuso por parte del médico y a éste de toda acusación de cometerlo-, se sitúan en un lugar de la habitación donde éste no pueda verlos. La habitación es puesta en penumbras; se procura tranquilidad. El médico se sitúa frente al paciente y lo exhorta a fijarse (a centrar su mirada) en dos dedos de su mano derecha y, a la vez, **prestar atención** a las sensaciones fisiológicas propias del adormecimiento, que le irán sobreviniendo a partir de un **apalabrar** del mismo. Con esto ya se está en medio del **sugerir**, como se llama al apalabramiento durante la hipnosis. En el enfermo, su rostro cobra primero una expresión tiesa, su respiración se vuelve profunda, sus ojos se humedecen, parpadea repetidamente, sobrevienen uno o varios movimientos de deglución, sus globos oculares se vuelven hacia adentro y arriba, bajan sus párpados, y henos ahí en presencia de la hipnosis. No sin razón la estima Freud como un estado corporal particular.³⁶ Además agrega que, las **sugestiones**, *deberán ser impartidas con energía y secuencia rápida, con el fin de que el enfermo no tenga tiempo de comprobar si es cierto lo que se le dice.*³⁷ El despertar es proporcionado, igualmente, por una sugestión del médico. Lo decisivo, en todo esto, es que el *estado de conciencia* creado en la hipnosis se aleje tan nítidamente del habitual, que al despertar falte todo recuerdo sobre

³⁵ Cf. FREUD, S. *Hipnosis* (1.891). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 138 y sigs.

³⁶ Cf. *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

lo ocurrido durante la misma. Fue este el mismo tratamiento que, posteriormente, despertó en Freud el más directo rechazo. Veremos, más adelante, las razones aducidas para ello.

Entretanto, recordemos que:

el ingenuo valor terapéutico de la hipnosis -continúa diciendo Freud- reside en la sugestión que durante ella se imparte. Esta **sugestión** consiste en la **enérgica negación** del achaque de que el enfermo se ha quejado, o en el **aseguramiento** de que él es capaz de hacer cierta cosa o en la **orden** de ejecutarla.³⁸

“Mediante la sugestión se reclama un efecto inmediato, (...) es decir, (...) establecido para un momento determinado tras el despertar”.³⁹

Como hemos podido apreciar, en el estado de hipnosis, la sugestión podía operar no sólo sobre las ideas o representaciones a nivel del pensamiento, sino también sobre el cuerpo, en la medida en que lograba su efecto sobre casi todas las funciones del sistema nervioso. Los alcances de la hipnosis fueron expuestos por Forel en la siguiente tesis:

Por medio de la **sugestión** es posible producir en la hipnosis todos los fenómenos subjetivos conocidos del alma humana y una parte de las funciones objetivas conocidas del sistema nervioso; es posible producir esos fenómenos, **influir** en ellos o **impedirlos** (inhibirlos, modificarlos, paralizarlos o estimularlos).

A lo que agrega Freud:

Vale decir, influir sobre las funciones corporales sensibles y motrices, ciertos reflejos, procesos vasomotores y sobre el ámbito psíquico de los sentimientos, las pulsiones, la memoria, la actividad voluntaria, etc.⁴⁰

³⁸ Op. cit., p. 143. Las negrillas no hacen parte del original.

³⁹ Op. cit., p. 144.

⁴⁰ FREUD, S. *Reseña de August Forel, Der Hypnotismus* (1.899). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 107.

En el empleo de la sugestión, interesaba más la naturaleza del sujeto que de la enfermedad; es decir, el nivel de sugestibilidad -como la llamó Bernheim- que éste poseyera.⁴¹

A todo esto agrega Forel -refiriéndose a la hipnosis- que se puede conseguir mediante sugestión un éxito duradero cuando: primero, la alteración obtenida tiene en sí misma fuerza para afirmarse entre los dinamismos del sistema nervioso; por ejemplo, si mediante sugestión se deshabitúa a un niño a mojarse en la cama, el hábito normal puede afianzarse lo mismo que hizo antes el hábito de mojarse; segundo, cuando esa fuerza es procurada a la alteración por importar ella un remedio; por ejemplo, a alguien que padece de insomnio y migraña, la sugestión le permite dormir; ello mejora su estado general e impide duraderamente el retorno de la migraña.⁴²

Resumiendo, el tratamiento psíquico, valga decir, el empleo de la hipnosis, ofrece las siguientes ventajas: presta al médico una autoridad mayor de la que ningún sacerdote poseyó antes, pues reúne todo el interés anímico del hipnotizado en la persona del médico; anula en el enfermo las resistencias; da a lo anímico mayor poder sobre lo corporal; hace posible que, aún en estado de vigilia, salga a la luz lo que en la hipnosis se introdujo (sugestión posthipnótica); pone en manos del médico el recurso de emplear el gran poder que ejerce con la sugestión, para modificar el estado del enfermo en la vigilia.⁴³ “El médico

⁴¹ Véase *supra*, págs. 31-32.

⁴² Op. cit., p. 109.

⁴³ FREUD, S. *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* (1.890). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 129.

pone al enfermo en estado hipnótico, le imparte la sugestión, (...) lo despierta después, y le es lícito abrigar la expectativa de que la sugestión habrá hecho lo suyo contra la enfermedad".⁴⁴ Y si no basta con una sola aplicación, se hará necesario repetirla cuantas veces se la requiera.

Puede concluirse, entonces, que el progreso del tratamiento psíquico depende casi por entero de los enfermos, de su grado de *obediencia* a partir de la sugestión, esto es: de su elección.⁴⁵ Pues la sugestión impartida por el médico tiene, en todo esto, un poder limitado. Sólo con la cooperación del enfermo, o sea, con su autosugestión, puede llegar a obtenerse el objetivo propuesto. Esto se debe a que la sugestión opera a nivel conciente, mientras que la fuerza que ha creado y mantenido los fenómenos patológicos parece provenir del inconsciente; inabordable, claro, por el método de la hipnosis. Esto explica la dificultad del enfermo de desprenderse de su enfermedad, cuando esto le es sugerido por el médico durante la hipnosis.

En este punto se hace necesario detenernos -como Freud- para preguntar: ¿qué es, entonces, en verdad la sugestión, sustento del hipnotismo íntegro, dentro del cual son posibles todos estos efectos?. Es aquí donde la teoría de Bernheim se debilita, por no haber tocado la esencia de la sugestión, es decir, la definición de su concepto, basándose en el estudio de los sucesos psíquicos normales.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Una consideración más amplia de este tema desde el punto de vista psicológico, se hallará *infra*, págs. 68-75.

Ahora, detengámonos un poco en las razones de Freud para abandonar la técnica hipnótica -y con ella la sugestión- y emplear, en su lugar, el método catártico de Breuer.

2.3. EL METODO CATARTICO: UNA PRACTICA FUERA DE TODA HIPNOSIS

El tratamiento hipnótico que hemos descrito fue, como tal, ampliamente controvertido en su época; no por el empleo de la sugestión -de la cual el médico solía hacer uso continuamente frente a sus enfermos en la medida en que, mediante su personalidad, el influjo de sus palabras y su autoridad desalojaba de la atención del enfermo un fenómeno patológico durante la vigilia-⁴⁶ sino porque a través de ella y en el estado hipnótico, el médico podría sofocar la libre personalidad del enfermo, a la vez que suscitar en él una dependencia respecto de sí. Aunque dicha sofocación parecía ser sólo temporal, apuntar a fenómenos patológicos y ser equiparable al proceso de educación social del hombre (que descansa en una sofocación de representaciones y de motivos inviables que deben ser sustituidos por otros), una técnica como ésta, traía numerosas consecuencias; muy ventajosas algunas, pero inconvenientes otras. Entre ellas tenemos -como lo enumera Freud en la 28ª de sus *Conferencias de Introducción*-⁴⁷ que: si bien se lo podía ejecutar como "método"

⁴⁶ FREUD, S. Op. cit., p. 129.

⁴⁷ FREUD, S. *La terapia analítica* (1.916-7). 28ª de sus *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVI, p. 408-9.

infinitamente más rápido que la terapia analítica sin ocasionar fatiga al enfermo ni resultarle gravosa y se conseguía poner en estado hipnótico a sujetos que, aparentemente no eran aptos para el mismo, la hipnosis se volvía monótona para el médico, quien debía **prohibir** en todos los casos, de idéntica manera y con idéntico ceremonial, la existencia de los síntomas, sin aprehender nada de su sentido y su significado; por tanto, no constituía una actividad científica e iba en pro del interés del enfermo; tampoco era un procedimiento confiable, pues los diversos resultados obtenidos de su aplicación -favorables o no- no podían ser explicados; éstos, además, no eran duraderos, ya que el síntoma podría reaparecer -y en efecto así sucedía- o ser sustituido por otro; quedaba la alternativa de hipnotizar nuevamente, pero se corría el riesgo de quebrantar la autonomía del enfermo habituándolo a esa terapia como a un narcótico; más aún, en los casos de pleno éxito, nada podía saberse acerca de las condiciones de tan favorable desenlace.⁴⁸

Con todo esto, quedaba en pie la pregunta por la naturaleza de la autoridad sugestiva que, por cierto, albergaría una alta probabilidad de abusos por parte del médico, quien en virtud del innegable poder que por la sugestión le era facilitado, podría influir en el enfermo según su conveniencia.

En gran parte, fueron éstas las principales razones por las que dicha técnica se hizo para Freud insostenible. Su decisión de abandonarla, se hallaba fundamentada en serias observaciones clínicas y consideraciones éticas, más que en el aspecto puramente práctico o fenomenológico, por el cual, en su afán de aliviar el síntoma, el médico estaba olvidándose

⁴⁸ Ibid.

de la importancia que para ambos -y especialmente para el enfermo-, tenía el hecho de poder conocer el origen del mismo y, para él, su mecanismo productor. Por esta razón, la reaparición del síntoma después de un tiempo prudencial tras la aplicación de la hipnosis, se hacía cada vez más evidente; era necesaria entonces una nueva aplicación; pero, aún así, esto no garantizaría una cura definitiva; sólo una cura más prolongada, si se obtenía el éxito esperado.

Lo anterior demuestra que se trataba de una práctica indosificable para el médico, ya que el grado de hipnosis alcanzado -y así el éxito- no dependía de su procedimiento, sino de la azarosa reacción del enfermo. En otras palabras, de su capacidad de autosugestión. Todo ello hacía del tratamiento hipnótico un procedimiento útil para el inmediato tratamiento del síntoma, mas no para la cura, ni aún para la ciencia.

Sobre este fondo de insatisfacciones surgió en Freud el interés por el **método catártico** de Breuer, procedimiento en el cual el efecto terapéutico buscado consistía en una *descarga* de los afectos que, por haber sido *reprimidos* en otro tiempo, se hacían ocasionadores de los fenómenos patológicos en el hombre; aquello que hemos dado en llamar: los **síntomas**.

Esta **represión**, es entendida como la **no abreacción** de un afecto ligado a una representación penosa, cuando fue vivida en su momento,⁴⁹ es decir, una *no reacción*.

Sabemos por Freud que la *reacción*⁵⁰ a un "trauma psíquico" vivido, es necesaria

⁴⁹ FREUD, S. *Estudios sobre la histeria* (1.893-5). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. II, p. 34.

⁵⁰ "Entendemos aquí toda serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza". Ibid.



como condición para la saludable tramitación del mismo. Esto, porque la *reacción* presenta un carácter *catártico* que permite la liberación del afecto que se halla unido al recuerdo del suceso penoso; o mejor, a la representación del mismo. Si la *reacción* es sofocada, el afecto permanece conectado al recuerdo, estableciéndose como condición previa para el estallido de la neurosis.⁵¹

En sus comienzos, el **método catártico** se hallaba íntimamente ligado a la hipnosis, hasta que, con Freud, rápidamente fue desligado de la misma; valga decir, fue separado de la sugestión, y empleado en la búsqueda del suceso ocasionador del síntoma. Para lograr dicho cometido se sirvió de las *asociaciones libres* del paciente; cabe decir, de su palabra, no ya de la de él, como ocurría antes. Recordemos, a este respecto, la frase que pone de manifiesto su posición: "...desde el comienzo mismo" -dice- "practiqué la hipnosis con otro fin además de la sugestión hipnótica".⁵² En esta evolución técnica, el propósito seguía siendo el de librar al enfermo de sus síntomas, posibilitando, ahora, la descarga de afectos. Como consecuencia, en la teoría de la cura fueron tomadas en cuenta las *resistencias* y la *transferencia*, así como el trabajo de elaboración del paciente, lo que más tarde facilitaría el nacimiento de la técnica psicoanalítica propiamente dicha. Fue así como, finalmente, la expresión verbal del paciente, su discurso, comenzó a constituir el elemento primordial del tratamiento psíquico; la simbolización por medio del lenguaje y el nacimiento de la transferencia, otorgaron el valor merecido al método catártico y, posteriormente, al

⁵¹ FREUD, S. Op. cit., p. 35.

⁵² FREUD, S. *Presentación autobiográfica* (1.925-6). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XX, p. 19.

psicoanálisis. Con lo anterior, nos es lícito concluir que, el método catártico, con sus resultados, se convirtió en la más poderosa herramienta clínica, no hipnótica, con la que fue posible dar un paso agigantado, quizá el más importante, en la dirección de la cura.

2.4. LA AUTOSUGESTION COMO GARANTE DE LA SUGESTION

La sugestión, como fenómeno global, está definida por Stokvis y Pflanz⁵³ como la influencia de un hombre sobre otro, la cual se ejerce eludiendo en gran medida las esferas racionales de la personalidad; por tanto, se convierte en una especie de *resonancia afectiva* (Stokvis) sobre la base de una *realización básica interpersonal* (Pflanz). Bechtere⁵⁴ hablaba de un “envolvimiento de la voluntad, del yo y de la conciencia”, mientras que Hofstätter,⁵⁵ refiriéndose a la acción sugestiva de las “imágenes” con una elevada carga afectiva, acentuaba fuertemente el lado social e interhumano de la sugestión, considerándola incluso como un concepto superfluo y disolviéndola en el de *dinámica de grupos*. Con esto, se absolutizaban los aspectos afectivos (no racionales) de la vida del hombre en grupo, que se ponen de manifiesto, plenamente, en los procesos equiparables a la sugestión, la imitación, el contagio psíquico, etc.

⁵³ STOKVIS, Berthold. *Técnicas relajadoras y de sugestión*. Barcelona: Herder S. A., 1.977, p.53.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.



Entretanto, E. Strauss⁵⁶ fue el primero en plantear el problema de la sugestión desde el punto de vista antropológico; así se la coloca enteramente en el plano de la experiencia en comunidad, es decir, del nosotros. “El hecho fundamental del ‘nosotros’ humano es el supuesto necesario para que tenga lugar la autosugestión”.⁵⁷ También Freud⁵⁸ se refirió al fenómeno grupal (o social), para explicar el influjo de una persona sobre otra en un campo aparentemente individual:

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.

Y más adelante, agrega:

En todas las relaciones (...), con los padres y hermanos, con la persona amada, el amigo, el maestro y el médico, el individuo experimenta el **inlujo** de una persona única o un número muy pequeño de ellas, cada una de las cuales ha adquirido una enorme importancia para él.⁵⁹

Desde este punto de vista, la separación que Stokvis hiciera entre sugestión -o heterosugestión como él la llama- y autosugestión ya no es posible, dada la complejidad de su correlación, entendida como una “resonancia” en el ámbito interpersonal; una **resonancia afectiva**, no ya una mera influencia del uno por el otro. Aquí no predomina una parte; se trata, más bien, de una resonancia doble, de un eco recíproco, en el que intervienen menos

⁵⁶ Op. cit., p. 54.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ FREUD, S. *Psicología de las masas y análisis del yo* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVIII, p. 67.

⁵⁹ Ibid. Las negrillas no pertenecen al original.

las palabras -y por supuesto su contenido racional- que los medios de expresión corporal y los gestos.

El sujeto sugestionado puede interrumpir la comunicación, pero si la mantiene, influye, a su vez, en el que sugestiona y desencadena en él ciertos procesos autosuggestivos. Y viceversa, este último sólo tiene éxito cuando desencadena también la autosugestión en el sujeto sugestionado.⁶⁰

Es esto lo que hace imposible una separación entre sugestión y autosugestión.

A este respecto, la tesis de la escuela de Bernheim en que sostiene que “todo efecto de la sugestión se basa en una autosugestión”, cobra su máximo valor. “Basta con que el paciente *piense* en la ayuda, aunque ésta no se encuentre presente”.⁶¹ Dicha escuela, a la que se añadió luego la escuela psicoanalítica comandada por Freud, puede entonces justificar y demostrar que la autosugestión, es un elemento imprescindible en la sugestión. Aquí se enlaza la concepción que de la misma tiene Freud, como una variedad del influjo psíquico, distinto de otras modalidades como la orden, la comunicación o la enseñanza, por ser despertada a raíz de ella, en un segundo cerebro, una representación que no se somete a examen, sino que se acoge como si se hubiera generado espontáneamente en ese cerebro.⁶²

Con otras palabras: aquí no se trata tanto de sugestiones cuanto de una incitación a **autosugestiones**, que, como cualquiera advierte, contienen un factor objetivo, independiente de la voluntad del médico, y revelan un nexo entre diversos estados de inervación o de excitación del sistema nervioso.⁶³

⁶⁰ STOKVIS, B. Op. cit., p. 54.

⁶¹ Op. cit., p. 52. Las bastardillas no hacen parte del original.

⁶² FREUD, S. *Prólogo a la traducción de H. Bernheim, De la Sugestión* (1.888-9). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 88.

⁶³ Op. cit., p. 89. Las negrillas no corresponden al original.

Se trata, entonces, de *sugestiones indirectas* -es decir, con incitaciones a la autosugestión- que constituyen fenómenos tanto fisiológicos como psíquicos.⁶⁴ Así se explica que Freud vea en el fenómeno de la sugestión, reviviscencias de relaciones de objeto infantiles;⁶⁵ según esto, la fuerza del elemento sugestivo tendría su raíz en el antiguo poder de los padres. Es lo que hace que el sujeto sugestionado se parezca, en parte, a un niño. De hecho, en aquél, los aspectos racionales y lingüísticos de la relación interpersonal no desempeñan aún la misma función que en el adulto, siendo reemplazados por una amplia “corriente de señales motrices que van y vienen” a través de los gestos fisonómicos, y una “acción y reacción recíprocas de tipo expresivo-corporal”.⁶⁶

Según las concepciones psicoanalíticas de Abraham y Jones,⁶⁷ hay que referir la autosugestión al narcisismo del niño y, la hetero(sugestión), a la imagen del padre. Aquí, el mundo exterior se vuelve hacia el ideal del yo, que obliga a reactivarse ciertas representaciones primitivas como la “omnipotencia de las ideas”.

De esta forma, al proyectar antropológicamente la doctrina psicoanalítica de la regresión y de la vida infantil, podemos enraizar el efecto de la auto(sugestión) en la necesidad fundamental de contacto y de “estar-en-comunicación” del hombre; necesidad que cae dentro de la esfera racional del individuo.⁶⁸ La eterna necesidad humana de “complemento”, obliga al hombre a buscar al otro; así, cuando acude al terapeuta, busca en

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ STOKVIS, B. Op. cit., p. 53.

⁶⁶ Op. cit., p. 54.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Op. cit., p. 55.



él algo más que una momentánea relajación o la liberación de un síntoma molesto. Llega hasta él -como diría el psicoanálisis- impulsado por una “demanda de amor”; cabe decir, con una previa “autosugestión” que lo hace vulnerable a la sugestión. Cuanto mayor sea su necesidad afectiva, mayor será la fuerza sugestiva que el terapeuta pueda ejercer sobre él.

El hombre no sólo está en el mundo, sino que él mismo es también mundo, según hemos visto. Al poder situarse frente a este mundo, y por tanto, frente a sí mismo, no sólo se relaciona con el mundo y con los demás, sino también consigo mismo (Kierkegaard).⁶⁹

De ello se desprende que el hombre cuenta con un “yo” y un “mismo”, como dos componentes fundamentales de su ser. En la autosugestión, la intrincada relación entre ambos se califica como “autorresonancia afectiva”. Se distinguen, en ella, tres fases:

Stadium de la aceptación: el “yo” y el “sí mismo”, se encuentran en auto(resonancia) afectiva. El yo se apropia de una parte del contenido de la conciencia, que debe ser **sugerido** al “sí mismo”.

Stadium suggestionis: la “representación sugerida” debe materializarse, lo cual se logra mediante la repetición conciente de la autosugestión, con lo que se espera una modificación vegetativa visible o un cambio de actitud. Es similar al logro de un “estado autohipnótico”. Aquí se evidencia una relación entre la relajación y la autosugestión: “como las autosugestiones evitan la ‘tensión’ de la voluntad y de la atención, consiguen su máxima eficacia terapéutica en el estado de relajación”.

⁶⁹ Ibid.

Stadium effectiois: pertenece al proceso mismo de la auto(sugestión). Este debe trascender de las representaciones puramente racionales para hacerse efectivo. Dichas representaciones pueden contribuir también a una sugestibilidad negativa -como rechazos o inclinaciones afectivas- y se las configura, concientemente, como argumentos lógicos.⁷⁰

Continúa indicando Stokvis que, para la aplicación técnica de la autosugestión, se recomienda dividirla en **activa** y **pasiva**. En la primera, la fórmula -o contenido verbal-sugerida, se usa de modo intencionado, teniendo en cuenta el significado de cada palabra. El paciente, entonces, se conduce activamente. En la segunda, la fórmula misma es el medio técnico, el objeto, el contenido de la autosugestión. Esta se recita "maquinalmente", sin plena participación de la conciencia, por lo que el paciente se comporta pasivamente.

Por tanto, se deduce también la existencia de una autosugestión **intencional** y una **no intencional**. En la sugestión, el contenido de la idea proviene de otro; "penetra" en la mente furtivamente y luego desaparece dejando en ella su huella. En la autosugestión **no intencional** sucede parecido: el hombre reproduce como opinión y convicción suya lo que su sentimiento y su afectividad le han "sugerido", creyendo haber llegado a su juicio basado exclusivamente en factores lógicos. En la **intencional** (prevista), el hombre sabe que va a ser influido; y sin embargo, aquí la "representación", influencia, imagen, provienen de las esferas inferiores y afectivas a nivel inconsciente. El paciente mismo, por tanto, realiza el trabajo.⁷¹

⁷⁰ Cf. Op. cit., p. 56-7.

⁷¹ Op. cit., p. 56.



Entre los factores que favorecen la autosugestión, Stokvis propone los siguientes: un pensamiento racional y lógico débilmente desarrollado, una personalidad igualmente débil, la firme confianza en la realización de las representaciones, la falta de esfuerzo en la voluntad y algunos influjos afectivos que parten del sujeto que los vive (conciente o inconscientemente): deseo de que se realice el proceso, disposición interna a lograrlo, vinculación autoerótica (narcisismo) y valor afectivo de la representación. Y de modo más indirecto: el miedo del hombre a la responsabilidad -lo que le hace ver en el sugestionador el *spiritus rector* que necesita-, y/o modificaciones de la conciencia y la inteligencia tanto fisiológicas -cansancio, somnolencia- como psicopatológicas -oligofrenia, demencia, anomalías histéricas, estados epilépticos o de intoxicación-.

Entre los factores que la obstaculizan, tenemos: una conciencia de individualidad fuertemente desarrollada, una débil inclinación a la identificación (fuerte personalidad), inclinaciones y aspiraciones afectivamente opuestas a la representación que es objeto de autosugestión, duda, desconfianza, etc. Y más indirectamente: la voluntad que, por una "ley del esfuerzo contrario", inhibe la realización de la autosugestión cuando el paciente se esfuerza mucho en conseguirla. "El esfuerzo conciente de la voluntad estimula y refuerza los impulsos opuestos",⁷² esto, gracias a que incrementa la *atención* que impide eliminar la *ratio*, factores necesarios en el proceso.

La única distinción posible entre la sugestión y la autosugestión es que, teóricamente, en la autosugestión el sujeto que sugestiona y es sugestionado es idéntico

⁷² Op. cit., p. 57-8.

(sólo es necesaria una debilidad del “mismo” frente al “yo”), lo cual no sucede en la sugestión; esto indica que en la autosugestión intencional (terapéutica), el autosugestionador debe poseer una gran capacidad de autorreflexión y autocontrol. Pero en cuanto autosugestionado, debe poder cambiar a un estado pasivo.⁷³ Así, la autosugestión se define como una suerte de *deseo interior con una función direccional*.⁷⁴

En cuanto a las “representaciones”, según Stokvis, no todas pueden realizarse; para lograrlo, deben cumplir con los siguientes requisitos: tener un significado afectivo, un contenido conciente al fin y, en ellas, ha de aparecer el propio sujeto que se autosugestiona, como el que realiza el pensamiento o la acción. En el siguiente apartado, veremos en detalle lo que el concepto de “representación” encierra.

2.5. DE LA REPRESENTACION A LA TRANSFERENCIA

En su trabajo sobre *Lo inconsciente* (1.915), Freud realiza un ensayo acerca del comercio psíquico entre los sistemas *inconsciente (Icc)* y *preconsciente (Prcc)* o susceptible de conciencia, pertenecientes a la concepción del aparato psíquico en su primera tópica. En él, figura dicho comercio de la siguiente manera:

un acto psíquico en general atraviesa por dos fases de estado, entre las cuales opera como selector una suerte de examen (censura). En la primera fase él es inconsciente y

⁷³ Op. cit., p. 59.

⁷⁴ Op. cit., p. 61.

pertenece al sistema Icc; si a raíz del examen es rechazado por la censura, se le deniega el paso a la segunda fase; entonces se llama "reprimido" y tiene que permanecer inconsciente. Pero si sale airoso de este examen entra en la segunda fase y pasa a pertenecer al segundo sistema(...) Cc. Empero, su relación con la conciencia no es determinada todavía unívocamente por esta pertenencia. No es aún consciente sino *susceptible de conciencia* (...). En atención a ésta (...) llamamos al sistema Cc también "preconsciente".⁷⁵

Las *representaciones* son, en todo esto, los **actos psíquicos**, bien de naturaleza consciente o inconsciente; valga decir, son *saberes* configurados por la palabra; transcripciones diversas y separadas en sentido tópico, de un mismo contenido.⁷⁶ Además de estar configuradas por la palabra, también el vivenciar deja una huella mnémica que merece recibir este mismo nombre. Tenemos así que existen: una representación-palabra, una representación-objeto y una representación-cosa.

El núcleo del sistema Icc, consiste -de acuerdo con Freud- en agencias *representantes* de pulsión, que quieren *descargar* su *investidura*; es lo que se llama: *mociones de deseo*. Estas se hallan coordinadas entre sí; coexisten sin influirse ni contradecirse, aunque en ocasiones parezcan inconciliables. Cuando son activadas al mismo tiempo, confluyen en una formación de meta intermedia que resuelve la situación.⁷⁷

Pero si bien hemos hablado de representaciones conscientes e inconscientes, no puede aplicarse, a la pulsión, la misma tópica. Esta nunca podrá pasar a ser objeto de la conciencia; *sólo puede serlo la representación que es su representante*, gracias a la cual podemos tener noticia de ella. La pulsión, entonces, se adhiere a una representación que

⁷⁵ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 169.

⁷⁶ FREUD, S. Op. cit., p. 171.

⁷⁷ Cf. Op. cit., p. 183.



sale a la luz como un estado afectivo. Esta, puede igualmente ser inconsciente, mas no la pulsión como tal. Según esto, el carácter principal de las representaciones lo constituye su adhesión a un afecto agradable o penoso. Aún así, representación y afecto no encajan en un mismo concepto:

Toda la diferencia estriba en que las representaciones son investiduras -en el fondo, de huellas mnémicas- mientras que los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones.⁷⁸

El concepto de *investidura* -según Strachey-⁷⁹, no fue lo suficientemente desarrollado por Freud; sólo al final de su trabajo sobre *Las neuropsicosis de defensa* (1.894), dedicó un párrafo al respecto:

en las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que posee todas las propiedades de una cantidad -aunque no tengamos medio alguno de medirla-; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y que se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones como lo haría una carga {*Ladung*} eléctrica por la superficie de los cuerpos.⁸⁰

Así, lo que hace de la representación un acto psíquico es la investidura aprontada sobre ella, que permite su circulación por las fases de estado del aparato; valga decir, ejercer tanto una función dinámica como económica, entre los tres sistemas. Podemos afirmar, por tanto, que la representación opera por las leyes del *proceso primario*; razón por la cual

⁷⁸ Op. cit., p. 174.

⁷⁹ Su nota introductoria a *La interpretación de los sueños* (1.900[1.899]). FREUD, S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. IV, p. 9.

⁸⁰ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. III, p. 61.

Freud, al referirse a dicho concepto, se sitúa también en el campo de la esquizofrenia y la hipocondría donde, por el llamado *lenguaje de órgano*⁸¹ que allí se produce,

...las *palabras* -dice- son sometidas al mismo proceso que desde los pensamientos oníricos latentes crea las imágenes del sueño, y que hemos llamado *proceso psíquico primario*. Son condensadas, y por desplazamiento se transfieren unas a otras sus investiduras completamente; el proceso puede avanzar hasta el punto en que una sola palabra, idónea para ello por múltiples referencias, tome sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos.⁸²

Y refiriéndose específicamente al trabajo del sueño,⁸³ indica cómo para la formación del mismo el material onírico sufre una comprensión, a la vez que desplazamientos de intensidad sobrevenidos entre sus elementos, fuerzan en él una subversión de los valores psíquicos. Los desplazamientos -necesarios para la aceptación de las imágenes del sueño por la censura- aparecen como sustituciones de una representación por otra que, de algún modo, le es vecina en asociación; esto las hace, además, aprovechables para la condensación; puesto que en lugar de dos representaciones, sólo una es necesaria como elemento común e intermedio entre ambas. Por el proceso de *desplazamiento*, una representación puede entregar a otra todo el monto de su investidura; por el de *condensación*, puede tomar sobre sí la investidura íntegra de muchas otras.⁸⁴ Ambos procesos operan en favor de las representaciones penosas, por cuyo contenido les ha sido negado el acceso al sistema Cc; al

⁸¹ Término empleado por Freud para referirse a las alteraciones del lenguaje propias de la esquizofrenia, en que el enfermo alude a órganos o inervaciones del cuerpo. FREUD, S. *Lo inconsciente* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 195.

⁸² Cf. FREUD, S. *La interpretación de los sueños* (1.900). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, p. 595.

⁸³ Cf. Op. cit., p. 345.

⁸⁴ FREUD, S. *Lo inconsciente* (1915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976, vol. XIV, p.183.

transformarse, aparecen bajo la forma de un contenido no censurable por este sistema, pudiendo acceder a él durante la vigilia o durante el sueño a través de su contenido manifiesto. Por tanto, los dos hacen parte del *proceso primario*; es decir, inconsciente (Icc). El *proceso secundario* rige dentro del sistema preconscious (Prcc).

La representación-palabra y representación-cosa, forman un todo al que se denomina representación-objeto. Consiste en la investidura, si no de la imagen directa de la cosa, al menos de huellas mnémicas más distanciadas, derivadas de ella. Es una representación consciente, ya que en ella participa la palabra como registro simbólico, mientras que la representación-cosa sola,⁸⁵ es inconsciente.

Ahora, ateniéndonos a la concepción freudiana de la sugestión,⁸⁶ nos es lícito suponer en ella un modo de operación similar al de una representación conciente. Con ello, las dificultades inherentes a su utilización⁸⁷ encuentran al fin su explicación: en tanto opera a nivel conciente, la sugestión no puede obrar sobre el síntoma -y menos aún sobre la enfermedad- lo mismo que la transferencia. Así como el cineasta ve desarrollarse ante él escenas conmovedoras que, aunque quisiera, no puede modificar, con su psicoterapia -valga decir, con el empleo de la sugestión-, el terapeuta ve actuar ante sí los productos psíquicos inconscientes del sujeto sin poder aprehenderlos ni influir sobre su decurso. Todo cuanto desde su posición pueda hacer, dejará inmodificado al inconsciente mismo, ya que el empleo de la palabra por parte de quien ocupa para el sujeto el lugar del Otro, máxime si se ha

⁸⁵ Op. cit., p. 197-8.

⁸⁶ Véase al respecto *supra*, págs. 70 y sigs.

⁸⁷ Dichas dificultades se hallan expuestas *supra*, págs. 64-7.



desplegado ante él la empatía propia de las relaciones médico-paciente, ocasiona un cierre inmediato del mismo. Obtura el inconsciente.

No ocurre igual, por ejemplo, con el director de la película; pues desde el principio se ha inmiscuido de forma tal en la realización de cada escena, que todo en ellas acontece a su entera satisfacción. El ha podido **dirigir**, gracias a su posición privilegiada, la cadena de acontecimientos que se presentan. Así mismo, la transferencia da al analista el privilegio de hacerse partícipe en la realización de ciertas escenas que, sin duda, podrá dirigir. Así, mientras la sugestión opera desde fuera del sujeto apuntando sólo a lo consciente y, por tanto, arrojando sus resultados al mismo nivel, la transferencia hace posible que el analista se convierta en una parte de esos contenidos inconscientes, ocasión que éste aprovecha para suscitar continuamente su aparición en el exterior y procurar su modificación.

Dirijámonos ahora a la transferencia. Para comenzar, diremos que su descubrimiento fue posible gracias a la minuciosa observación de Freud en lo concerniente a la relación entre el médico y el enfermo, de la que nació el concepto que nos ocupa. Por supuesto, el derrotero al que debió ceñirse, para tal fin, no resultó menos dificultoso que los que ya había enfrentado en su empeño por descubrir el inconsciente. En un principio, en lugar de desligar la transferencia del concepto de sugestión, mostró entre ellas una relación nada desdeñable; es así como en *Sobre la dinámica de la transferencia* (1.912), dice:

...sólo que por **sugestión** es preciso comprender lo que con Ferenczi (1.909) hemos descubierto ahí: el influjo sobre un ser humano por medio de los fenómenos **transferenciales** posibles con él. Velamos por la autonomía última del enfermo



aprovechando la sugestión para hacerle cumplir un trabajo psíquico que tiene por consecuencia necesaria una mejoría duradera en su situación psíquica.⁸⁸

Y luego en la 28^a de sus *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*: el trabajo de superación de las resistencias “constituye el logro esencial de la cura analítica; el enfermo tiene que consumarlo y el médico se lo posibilita mediante el auxilio de la sugestión, que opera en el sentido de una educación”.⁸⁹

De las dos citas anteriores puede inferirse lo siguiente: la transferencia, como la sugestión, suponen un influjo sobre el paciente; cabe preguntar, entonces, ¿en qué radica su diferencia?, ¿de qué tipo de influjo se trata?; si se admite que en la terapia analítica existe una influencia basada esencialmente en la transferencia -según lo que acabamos de decir, en la sugestión-, y si en la psicoterapia se la emplea directamente indicando al paciente lo que debe hacer, creer y pensar, y se obtienen de ello resultados favorables -o mejor, socialmente aceptables-, ¿por qué no es considerado ético -desde el psicoanálisis- que el analista se sirva de dicha sugestión?, ¿cómo puede garantizar el psicoanálisis que el analista no convertirá la transferencia en un arma sugestiva que haría eternizar la cura?, ¿cómo y por qué se produce la transferencia, cuáles son sus resortes y qué hacer con ella desde el punto de vista clínico cuando se presenta?; por último, ¿debemos los psicólogos conocer los alcances de este

⁸⁸ Obras Completas. Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 103. Las negrillas no hacen parte del original.

⁸⁹ Obras Completas. Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XVI, p. 411.

fenómeno -a sabiendas de que su ocasión no es exclusiva del dispositivo analítico sino propia de toda relación interhumana que pase por la palabra- y darle un manejo en nuestra clínica?

Intentaremos responder a todos estos interrogantes, en lo que viene a continuación.

3. LA TRANSFERENCIA

Esta palabra de vertigo a sí misma a través de su cuerpo. Por eso se repite con frecuencia el espejo. (...) Se trata de dar un nombre a lo que se muestra en el espejo, a la imagen de la madre. Se trata entonces de una mujer y no de un niño, con su fuerza de voluntad, de hacer aparecer de la fuerza de la madre, de restarle, de darle que en su caso quedará sólo lo que sea el niño.

Freud, La importancia de la transferencia.

Como hemos podido apreciar, la psicoterapia de la neurosis llevada a cabo por medio del método catártico, no consiste simplemente en despertar el recuerdo del incidente y el estado afectivo correspondiente, sino en que el enfermo lo describa de la manera más detallada posible, con lo que se conseguirá devolver a la palabra parte de lo que se perdió. A diferencia de la técnica hipnótica, el método catártico postula -a pesar de la emergencia del recuerdo- la emergencia de la palabra, que se que puede ser considerada la representación patológica que hasta entonces había permanecido reprimida. Así, se muestran tanto el proceso como el efecto ligado a él, para ser liberados por la misma.

En la obra de Freud, que constituye el principal punto de referencia de esta tesis, se describe el método "catártico". Aquí se lo describe con una propuesta crítica de una "transferencia".

3. LA TRANSFERENCIA*

"Ella trataba de verse a sí misma a través de su cuerpo. Por eso se miraba con frecuencia al espejo. (...) Se miraba durante mucho tiempo y a veces le molestaba ver en su cara los rasgos de su madre. Se miraba entonces con aún mayor ahínco y trataba, con su fuerza de voluntad, de hacer abstracción de la fisonomía de la madre, de restarla, de modo que en su cara quedase sólo lo que era ella misma".

Kundera, La insoportable levedad del ser.

Como hemos podido apreciar, la psicoterapia de la neurosis llevada a cabo por medio del método catártico, no consistía simplemente en despertar el recuerdo del incidente y el estado afectivo correspondiente, sino en que el enfermo lo describiese de la manera más detallada posible, con lo que se conseguiría devolver a la palabra parte de su estatuto perdido. A diferencia de la técnica hipnótica, el método catártico posibilitaba -además de la emergencia del recuerdo- la emergencia de la palabra, con la que podía ser nombrada la representación patógena que hasta entonces había permanecido reprimida; es decir, se nombraban tanto el suceso como el afecto ligado a él, para ser liberados por la misma.

* En la obra de Freud, que constituye el principal marco de referencia de este trabajo, se emplea el término "transferencia". Aquí se lo empleará con una pequeña variación como "transferencia".



Gracias a la asociación libre fue posible un cierto ordenamiento del discurso que, a su vez, facilitaba el acceso de las representaciones reprimidas a la conciencia.

La principal razón de Freud para abandonar la técnica hipnótica, fue la evidencia de que con ella, lo único que podía lograrse era la desaparición momentánea del síntoma, mas no su resolución definitiva ni un conocimiento acerca del mecanismo por el cual era producido; o menos aún, acerca de la naturaleza de la enfermedad que era su soporte. Esto nos habla, en Freud, de poderosas razones de orden práctico, teórico y, principalmente, ético. Así mismo, más tarde debió también abandonar el método catártico. Las razones aducidas para ello apuntaban en la misma dirección de las anteriores, por las cuales abandonó la técnica hipnótica. En términos generales, por conservar todavía un marcado rasgo de esta técnica -el empleo de la sugestión directa-, éste presentaba problemas similares a los anteriormente planteados para la hipnosis: no todos los sujetos que presentaban síntomas histéricos eran hipnotizables y, además, el método no facilitaba datos suficientes sobre la naturaleza de la histeria. Este, que había sido concebido para el tratamiento de la misma y considerado la clave de sus misterios, resultaba muy eficaz en algunas neurosis pero inaplicable en otras. Todo esto condujo a Freud a situar la etiología de las neurosis en el ámbito sexual⁹⁰ y a separar las neurosis de angustia de las neurosis en general.⁹¹

⁹⁰ Lo que más tarde explicaría detalladamente en la 27ª de sus *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis* (1.916). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVI, p. 392 y sigs.

⁹¹ Tal como lo muestra su *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1.909). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. X, p. 94-5.

En virtud de lo anterior, Freud fue distanciándose cada vez más de la hipnosis y del método catártico, para centrar su interés en un importante fenómeno que se había hecho visible en su clínica y había dado muestras de ser esencial para el buen éxito del tratamiento: hablamos de la relación establecida entre el médico y el enfermo. Si después de todo, como ya era evidente, la causa de la enfermedad residía en el hecho de que el enfermo se sentía influenciado, valga decir, “estorbado” por algo que había detectado en sí mismo y no podía aclarar, Freud debía proponer una terapia que se apartase radicalmente de la sugestión (que dejase de ser otro método de reeducación emocional o de readaptación a la realidad como lo era la terapéutica de entonces en tanto se ubicaba simplemente en el plano de los síntomas), para proporcionar al enfermo y, por ende, a la ciencia misma, las herramientas más convenientes para combatir la enfermedad y encontrar una explicación lógica y científica de la misma. Fue así como insistió en el estudio de las relaciones entre el médico y el enfermo,⁹² hasta llegar a configurar lo que hoy conocemos bajo el nombre de **transferencia**.

3.1. NACIMIENTO DEL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA

En 1.890, el interés de Freud por el lazo afectivo que solía establecerse entre el médico y el enfermo al inicio del tratamiento -y que había mostrado ser esencial para la cura-, se encaminó hacia la realización de nuevos trabajos que darían cuenta de los resortes

⁹² Tema al cual se halla referida buena parte de su obra.



por los que dicho lazo se hacía posible. Así, en su *Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma)*, declara que aunque continuaba empleando el método de la sugestión hipnótica, había comenzado a vislumbrar cómo éste se hacía posible gracias a lo que para entonces llamó un “rapport”, referido a la conducta que el hipnotizado adoptaba frente al hipnotizador:

Mientras que aquel se comporta hacia el mundo exterior en un todo como lo haría un durmiente, vale decir, extrañando de él todos sus sentidos, permanece **despierto** respecto de la persona que lo puso en estado hipnótico, sólo a ella la oye y la ve, la comprende y le responde.⁹³

Y dice luego:

Una credulidad como la que el hipnotizado presta a su hipnotizador sólo la hallamos, en la vida real, fuera de la hipnosis **en el niño hacia sus amados padres** y una actitud semejante de la vida anímica de un individuo hacia otra persona con un sometimiento parecido, tiene un único correspondiente, pero válido en todas sus partes, en muchas **relaciones amorosas con entrega plena.**⁹⁴

Partiendo de este hecho continuó Freud su indagación hasta encontrarse, en 1.893, con una primera definición de este fenómeno que, a partir de entonces, nombró y defendió como el motor de la práctica analítica; hablamos de la **transferencia**, cuyo ulterior desarrollo condujo a su estructuración como uno de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En un principio, fue explicada como el *traspaso inconsciente que la histérica hace a la persona del médico, de las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis,*⁹⁵ o sea, transferencia del síntoma desde lo inconsciente al dispositivo analítico. Fue ésta la primera aparición del término en la obra de Freud, no ya en el sentido

⁹³ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. II, p. 126. Las negrillas no corresponden al original.

⁹⁴ FREUD, S. Op. cit., p. 127. Las negrillas no corresponden al original.

⁹⁵ Cf. FREUD, S. *Estudios sobre la histeria* (1.893-5). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. II, p. 306.

fisiológico en que se lo había empleado siempre, sino en sentido psicoanalítico. En lo sucesivo, él mismo se encargaría de su esclarecimiento con mayor ahínco. Resultado de este propósito lo constituyen sus escritos técnicos, en los que deja entrever un interés primordial por los fenómenos que en la situación analítica se sustentan -entre ellos la transferencia-, haciendo de la clínica psicoanalítica un método de tratamiento eficaz y seguro. Esto, gracias a que, en lugar de exigir del enfermo la sofocación de su síntoma por medio de la palabra **imperativa**, la transferencia proporciona un dispositivo de palabra más adecuado (no imperativo), en que ésta deviene, no una solución inmediata, sino análisis, simbolización de un conflicto. Se trata, en este caso, de la palabra liberadora; la enunciación de lo inconsciente, que pone en manos del sujeto las riendas de su propia vida.

Siguiendo con nuestra exposición, conviene recordar la definición de **transferencia** dada por Freud en su *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1.905[1.901]): corresponde a la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento inconscientes, producidas durante el curso de una cura analítica;

son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse concientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico.⁹⁶

Por esta razón y, teniendo presente que el conflicto psíquico que se muda en síntoma se produce a raíz de una “falta de reacción” adecuada al momento del trauma,⁹⁷ esta

⁹⁶ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, p. 101.

⁹⁷ Véase *supra*, pág. 66-7, n. 50 y 51.



reedición, como consecuencia de una *regresión*, se hace necesaria para la técnica analítica. Sólo así será posible que el terapeuta, como soporte de esa regresión, suscite en el enfermo aquella “palabra liberadora” de la que hemos hablado y, así, el “trauma psíquico”, ocasionador del síntoma, pueda ser “*abreaccionado*”.⁹⁸

Antes de proseguir es preciso aclarar que, aunque la terapia analítica puede estimar entre sus logros la desaparición del síntoma o mejor, su curación, por el mecanismo que acabamos de conocer, no es éste su principal propósito; pues ella se propone, no como un método de eliminación de los mismos -que era el objetivo primordial de la hipnosis y el método catártico-, sino como un método de análisis individual, incluso de aquellas representaciones que, lejos de ser ocasionadoras de un síntoma, suelen ser determinantes en las elecciones que el sujeto hace en su vida. Las mismas que determinan, a su vez, su modo particular de conducirse en ella. Si el psicoanálisis se ocupa de estas representaciones, no es porque encuentre en ellas algo patológico sino que, por hacer parte del psiquismo y ser susceptibles, por tanto, de hallarse en el inconsciente, pretende hacerlas concientes de modo que el sujeto se “re-conozca” en ellas y se haga responsable de las consecuencias que éstas puedan producir en su vida.

Y bien; detengámonos ahora en el concepto de **regresión**. En la obra de Freud existe una íntima conexión clínica entre éste y el de “*fijación*”. El término “*regresión*” fue empleado por nuestro autor en tres diferentes sentidos: uno *tópico*, uno *temporal* y uno *formal*. En el capítulo VII, sección B de *La interpretación de los sueños*, se refiere a ella en

⁹⁸ Véase *ibid.*

sentido tópico -y basándose en su segunda concepción del aparato psíquico en la que se figuran sus procesos como un movimiento de avance desde lo perceptual hasta el extremo motor del aparato- como una excitación que retrocede hasta lo perceptual. En un sentido temporal, puede tratarse: bien de un retorno a un objeto anterior de la libido, o bien de un retorno de la libido misma a un modo anterior de operación; dentro de esta concepción se halla incluida la transferencia como una de sus manifestaciones.⁹⁹ En cuanto al sentido formal del término, diremos que ésta se produce cuando modos de expresión y de figuración primitivos sustituyen a los habituales¹⁰⁰ en relación con los sueños, el simbolismo y el lenguaje.

Al establecerse las hipótesis freudianas sobre los puntos de “fijación” y las fases pregenitales en el desarrollo de la libido, pudo aprehenderse el efecto de la *frustración* como ocasionadora de una “regresión” de ésta a algún punto de “fijación” previo. El término “fijación” aquí, en un sentido estrictamente psicoanalítico, alude a una detención en el desarrollo¹⁰¹ bajo dos formas posibles: fijación de una pulsión a un objeto, y fijación de una pulsión a un cierto punto de su desarrollo.¹⁰² Ateniéndonos a la definición que de la “defensa”¹⁰³ da Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1.926), puede decirse entonces

⁹⁹ Cf. STRACHEY, J. Su *Apéndice A al Proyecto de Psicología* (1.950[1.895]). FREUD, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 392.

¹⁰⁰ FREUD, S. *La interpretación de los sueños* (1.900[1.899]). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, p. 541.

¹⁰¹ Nos referimos, en este caso, a la teoría freudiana del desarrollo de la libido.

¹⁰² Así en FREUD, S. *Un caso de curación por hipnosis* (1.892-3). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 159n. Nótese la semejanza de este concepto con el de regresión temporal antes mencionado.

¹⁰³ “designación general de todas las técnicas de que el yo se vale en sus conflictos” para librarse de la angustia, “que eventualmente llevan a la neurosis”. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XX, p. 152-3.



que, la *regresión temporal* es uno de sus mecanismos.¹⁰⁴ Por medio de éste y ante la frustración que le depara la realidad, la libido retorna a uno de los estadios pregenitales de su desarrollo, donde la investidura que ahora le es denegada fue posible, lo que ocasiona una *fijación*. No olvidemos, sin embargo, este importante párrafo agregado por Freud a *La Interpretación de los Sueños* en torno al tema: "En el fondo, los tres tipos de regresión son uno solo y en la mayoría de los casos coinciden, pues lo más antiguo en el tiempo es a la vez lo primitivo en sentido formal y lo más próximo al extremo perceptivo dentro de la tónica psíquica."¹⁰⁵

Regresemos ahora al tema central de este apartado: el nacimiento del concepto de transferencia. Tenemos entonces que, tras una observación minuciosa de los resultados obtenidos de su técnica y de los altibajos que se hacían evidentes en la relación sostenida entre el médico y el enfermo, Freud pudo suponer -y más tarde corroborar- que ambos aspectos se hallaban íntimamente ligados a las condiciones propias de la neurosis. De allí que, mientras para algunos sujetos el médico era considerado un extraño, para otros, sus relaciones personales con él ocupaban el primer plano de sus preocupaciones. Este hecho llamó poderosamente su atención y fue así como a partir de un estudio exhaustivo, concluyó que:

...todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Cf. STRACHEY, J. Op cit., p. 392.

¹⁰⁵ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, p. 541-2.

¹⁰⁶ FREUD, S. *Sobre la dinámica de la transferencia* (1.912). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 97.



Esto da como resultado un clisé que se repetirá, de manera regular, a lo largo de la vida de cada uno.¹⁰⁷ Según esto, existen en la vida psíquica diversas mociones pulsionales determinantes de su desarrollo.

En aras de explicar el mecanismo ocasionador de la transferencia a la luz de la teoría de las neurosis, Freud se vuelve aún más específico indicando cómo la condición previa para su ocasionamiento está dada por el hecho de que, según su experiencia, sólo un sector de esas mociones ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; se ha vuelto hacia la realidad objetiva haciéndose parte de la personalidad conciente. Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo, se encuentra apartada de la personalidad conciente y de la realidad objetiva, y sólo le fue permitido desplegarse en la fantasía; o bien, ha permanecido por entero inconsciente.¹⁰⁸ Ambas porciones -continúa Freud- participan en el acomodamiento de las representaciones-expectativa libidinosas hacia cada nueva persona, cuando en el sujeto no ha sido satisfecha de manera exhaustiva, por la realidad, su necesidad de amor.¹⁰⁹ Detengámonos nuevamente en este punto y miremos, a propósito, la noción freudiana de libido.

En un breve pasaje de sus *Tres ensayos de teoría sexual* (1.905) titulado "La teoría de la libido",¹¹⁰ Freud la define como una fuerza o energía susceptible de variaciones

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Cf. Op. cit., p. 98.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, p. 198.

cuantitativas, que puede medir procesos y transposiciones en el ámbito de la excitación sexual. Por su origen, difiere de la energía que se halla en la base de los procesos anímicos en general, por lo que puede atribuírsele también un carácter cualitativo. Puede llegarse entonces a la representación de un *quantum* de libido a la que se denomina **libido yoica**; su producción, aumento, disminución, distribución o desplazamiento, pueden manifestarse sólo a través de su empleo psíquico; es decir, cuando ejerce la *investidura* de los objetos convirtiéndose en **libido de objeto**; dichas variaciones de estado están destinadas a ofrecernos la posibilidad de explicar los *fenómenos psicosexuales* observados.¹¹¹ Las *neurosis de transferencia* -que tendremos oportunidad de apreciar más en detalle- se hallan incluidas en este último aspecto.

La **libido yoica** permanece siempre en continua actividad: inviste objetos, se “fija”¹¹² en ellos o los abandona, pasa de unos a otros; en resumen, guía el quehacer sexual del sujeto deparándole satisfacción -caso en el cual se extingue parcial y temporalmente- o *frustración*¹¹³ -en cuyo caso se retira de los objetos manteniéndose en estados de tensión

¹¹¹ FREUD, S. Ibid.

¹¹² Este término se emplea aquí en el sentido de una “fijación”, de la que ya hemos hablado *supra*, págs. 88-90.

¹¹³ “La ocasión más evidente, más fácilmente descubrible e inteligible para contraer neurosis reside en aquel factor externo que se puede describir en general como *frustración* {*Versagung*; “denegación”}. Ella actúa otorgando vigencia a los factores predisponentes, hasta ese momento ineficaces en el sujeto; con ello, amenaza el peligro de que la libido sea *introvertida*, caso en el cual habrá estallado la neurosis. Cf. FREUD, S. *Sobre los tipos de contracción de neurosis* (1.912). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 239-40.

El término “*introversión*”, por su parte, fue acuñado por Jung para referirse al retraimiento de la libido objetual sobre el yo, a causa de la denegación de satisfacción por parte de la realidad. La libido retirada de los objetos reales es empleada por el yo en la investidura de objetos imaginarios de su recuerdo, a la vez que renuncia a emprender las acciones motrices que le permitirán acceder a esos objetos. Cf. FREUD, S. *Introducción del narcisismo* (1.914). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 72.

fluctuante hasta ser recogida en el interior del yo, con lo que se convierte nuevamente en libido yoica, llamada también **libido narcisista**-.

Para Lacan, sin embargo, la libido no es algo fluido que se escape, se reparta o se acumule, sino que constituye un "órgano"¹¹⁴ como parte del organismo y como instrumento. No obstante, soporta todas las divisiones posibles sin dejar de serlo, sin detenerse en su función. Se hace equiparable, por tanto, a un instinto de vida inmortal, irreprimible, que no necesita de ningún órgano en términos materiales; es un algo de vida simplificada e indestructible; aquello que se le sustrae al ser viviente por estar sometido al ciclo de la reproducción sexual, y que se manifiesta bajo todas las formas posibles del objeto a.¹¹⁵

Ahora, no menos que el concepto de libido, también el de *moción pulsional* merece nuestra atención. La **pulsión**, como también se la llama, equivale a un estímulo proveniente del interior del organismo que actúa en él como una fuerza constante y que, al acumularse, ocasiona la "necesidad".¹¹⁶ Análogo al sentido en que es entendida el hambre como un estado fisiológico de "tensión" (o de acumulación de estímulo) que reclama del exterior una intervención que la apacigüe -el alimento-, también la pulsión crea un "*estado de necesidad*" que sólo es posible eliminar por medio de una "satisfacción" -en el sentido de una "descarga"- proveniente del exterior. El mejor ejemplo de ello es la *pulsión sexual*, que crea la "necesidad sexual" -bajo la forma de *excitación sexual*- y es "satisfecha", al menos

¹¹⁴ Esta expresión constituye en Lacan su manera de representarse la función de la libido, bien que ella no requiere, para ejercerla, de materializarse.

¹¹⁵ Cf. LACAN, J. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Seminario XI, Buenos Aires: Paidós, 1.973, págs. 194-205.

¹¹⁶ FREUD, S. *Pulsiones y destinos de pulsión* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 114.

temporalmente, por obra de la relación sexual que opera como posibilidad de “descarga”, de “vaciamiento” de estímulo.

Sin embargo, la **pulsión** no debe ser entendida sólo como un concepto biológico, sino como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático; es como “un representante {*Repräsentant*} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma; como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal”.¹¹⁷ Ella actúa como una fuerza impulsora en la vida del hombre, que lo conduce a realizar las actividades por las cuales se inclina y a establecer continuas relaciones con el otro en sus diversos matices; bien sean éstas amorosas, amistosas, filiales, etc., todas ellas recubiertas por el velo de la sexualidad. Entre ellas podemos incluir, claro está, la transferencia.

La pulsión “...es el montaje a través del cual la sexualidad participa en la vida psíquica de manera que tiene que conformarse con la estructura de hiancia característica del inconsciente”.¹¹⁸ Este, definido por Lacan como la “...suma de los efectos de la palabra sobre el sujeto”¹¹⁹ en el nivel en que éste se constituye por los efectos del significante, sólo es susceptible de abrirse en presencia del analista, gracias a la transferencia. De hecho, el analista, como gran Otro, como formación inconsciente,¹²⁰ ya está presente cada vez que el inconsciente se abre. Así, desde el punto de vista del psicoanálisis, el concepto de

¹¹⁷ FREUD, S. Op. cit., p. 117.

¹¹⁸ LACAN, J. Op. cit., p. 169.

¹¹⁹ Op. cit., p. 132.

¹²⁰ Según lo expresa Lacan.

inconsciente no es separable de la presencia del analista. Y si la realidad del inconsciente es sexual y se descubre sólo ante el significante que es el analista, se entiende por qué Lacan define la transferencia como la *puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente*.¹²¹ De allí que una de sus primeras manifestaciones sea el “amor” que el paciente despliega ante su analista convirtiéndose, la mayoría de las veces, en una fuerte resistencia a la cura. En este sentido cabe afirmar que, entre los resortes de la transferencia, la pulsión entraña una fuerte participación. En su estructura -agrega Lacan-, ésta última está ligada a un factor *económico*¹²² que depende de las condiciones en que se ejerce el principio de placer a nivel del *Real-Ich*.¹²³ Precisamente, debido a la realidad del sistema homeostático, la sexualidad entra en juego únicamente en forma de *pulsiones parciales*.¹²⁴

Detengámonos entonces en este punto y, nuevamente, retomemos el hilo de la exposición. Si la realidad objetiva no siempre puede satisfacer completamente la demanda de amor de cada sujeto, es apenas lógico que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho, se vuelva hacia el médico. De acuerdo con esto, dicha investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes o

¹²¹ Op. cit., p. 181.

¹²² El punto de vista *económico* está referido, en la obra de Freud, al gasto de energía psíquica que, para la realización de cualquier acto, requiere el aparato psíquico. En términos generales, una de las funciones del aparato es la de velar por el equilibrio energético en la vida psíquica o *economía psíquica*. Esto es: procura que el monto de energía requerido para cualquier acto psíquico, no rebase la capacidad del sujeto, lo que le ocasionaría serios inconvenientes.

¹²³ De acuerdo con Lacan, podemos concebir el *Real-Ich* como el Sistema Nervioso Central en tanto funciona, no como un sistema de relación, sino como un sistema destinado a asegurar cierta homeostasis de las tensiones internas. LACAN, J. Op. cit., p. 183.

¹²⁴ El concepto de *pulsión parcial*, alude a una determinada organización pulsional que se ciñe a las fases de desarrollo pregenitales observadas por Freud. Ellas son: la oral, la sádico-anal y la fálica, las cuales coexisten en el sujeto sin excluirse y determinan su comportamiento sexual desde su infancia. Se las llama parciales en vista de que su función, concebida separadamente, no consuma la finalidad biológica de la sexualidad.



insertará al médico en una de sus "series" psíquicas.¹²⁵ Por medio de su discurso, en el límite de la rememoración, el sujeto transmitirá poderes al Otro; es el lugar de la palabra; virtualmente, el lugar de la verdad acerca de su deseo inconsciente. Es así como brota la transferencia en su función, producida por la combinación de las representaciones-expectativa concientes e inconscientes, y atribuible, por tanto, desde el punto de vista de sus características, no al psicoanálisis, sino a la neurosis.¹²⁶ Como fenómeno propio de la neurosis, equivale a un acrecentamiento de la inclinación universal a investir libidinosamente los objetos¹²⁷ y corresponde a lo que Bernheim llamó, en otro tiempo, sugestibilidad. Esta función de la transferencia -dice Lacan-, es causa de la transferencia misma: el Otro, latente o no, está presente, desde antes, en la revelación subjetiva. La interpretación del analista, entonces, da cuenta del hecho de que ya el inconsciente procede mediante ésta.¹²⁸

¿Cómo sobreviene la transferencia?

Freud lo explica de la siguiente manera: si se persigue un complejo patógeno desde su subrogación en lo conciente hasta lo inconsciente, se entra en una región donde la resistencia logra que la ocurrencia siguiente de razón de ella, y aparezca como compromiso

¹²⁵ FREUD, S. *Sobre la dinámica de la transferencia* (1.912). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 98.

¹²⁶ Cf. FREUD, S. Op. cit., p. 99.

¹²⁷ FREUD, S. *La transferencia* (1.916). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVI, p. 405.

¹²⁸ LACAN, J. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Seminario XI, Buenos Aires: Paidós, 1.973, p. 136.

entre sus requerimientos y los del trabajo de investigación. Allí sobreviene la transferencia;¹²⁹ en primer término, como una *resistencia*.¹³⁰ En la 27ª de sus *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis* (1.916), fue descrita por Freud a partir de su observación en la clínica, como sigue a continuación: pasado algún tiempo después de la iniciación del tratamiento, los neuróticos adquieren hacia el médico un comportamiento digno de ser estimado como una ventaja para el trabajo; muestran un interés particular hacia su persona, todo lo que a él se refiere los distrae de su condición de enfermos, se vuelven notablemente agradables con él, obsequiosos, agradecidos, educados, y le tienen en alto concepto; esto facilita que comprendan lo que el médico les apunta, que profundicen en las tareas que la cura les plantea, que los recuerdos y ocurrencias surjan en abundancia, logran un alto nivel de elaboración y, por ende, mejorar objetivamente su estado patológico.¹³¹ Pero, a propósito del párrafo anterior en que nos referíamos a la transferencia en términos de resistencia, nuestro autor continúa con su relato mostrando cómo un día todo esto se estropea ocasionando dificultades en el tratamiento: cesan las ocurrencias del enfermo, quien actúa como si no le importara el trabajo: olvida la regla fundamental, el pacto hecho

que implica, por encima de cualquier duda, los sentimientos de ternura y aprecio que el niño dirige hacia aquellas personas; en otras palabras, un vínculo de amor sexual.

¹²⁹ FREUD, S. *Sobre la dinámica de la transferencia* (1.912), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 101.

¹³⁰ El término "resistencia" alude a un mecanismo defensivo mediante el cual el yo impide a las ocurrencias o representaciones inconscientes penosas, su acceso a la conciencia. Por obra de dicho mecanismo, la ocurrencia que pudo finalmente ser verbalizada ha devenido, tras su desfiguración, retoño de los productos psíquicos reprimidos, mas no lo reprimido propiamente dicho. Durante la cura analítica, se pone de manifiesto como la dificultad de los neuróticos de traer al recuerdo hechos reales, relaciones en el tiempo o la correcta articulación de nexos causales, de modo tal que se hacen incomprensibles. El proceso de la *represión* se origina, justamente, por el trabajo de las fuerzas psíquicas que constituyen la *resistencia*, oponiéndose al progreso de la cura.

¹³¹ FREUD, S. *La transferencia*. (1.916). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVI, p. 400.



con el médico, se reserva algo que le preocupa. Es muestra de que se está ante una fuerte *resistencia*. Esta se debe a que el enfermo ha **transferido** sobre el médico intensos sentimientos de ternura que, ni la conducta de éste ni la relación nacida de la cura, justifican.¹³² Una vez más, nos hallamos ante la pista correcta en cuanto a la génesis de este fenómeno, ya que podemos inferir, de lo anterior, su origen francamente sexual; descubrimiento que, para Bernheim, fue imposible advertir en cuanto a la sugestibilidad.

La transferencia hacia el médico -agrega Freud- cobra las magnitudes de un "enamoramamiento" por cuya presencia logra el enfermo su empeño de curarse.¹³³ No obstante, tampoco puede entendiéndose como un simple enamoramamiento ya que **la transferencia no es el amor**.

Freud hace corresponder el **amor** en las primeras etapas del desarrollo de la libido, al vínculo que el niño establece con su madre a través del pecho que lo alimenta, o bien con su nodriza o cualquier otra persona que remedie su desvalimiento y satisfaga sus necesidades. Es decir, un vínculo fundamentado en la satisfacción de sus necesidades fisiológicas. Pero a la vez, diferencia de éste otro tipo de amor; otro vínculo, no ya del tipo del anterior, sino que implica, por encima de cualquier duda, los sentimientos de ternura y aprecio que el niño dirige hacia aquellas personas; en otras palabras, un vínculo de **amor sexual**.

¹³² Ibid.

¹³³ Op. cit., p. 401.

El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona -por regla general, la madre- dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa, lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho.¹³⁴

Todas estas muestras de ternura de la madre hacia el niño despiertan en él la pulsión sexual preparando su posterior intensidad. Más aún: las pulsiones son en la vida anímica, como habíamos visto,¹³⁵ imprescindibles para los logros éticos y psíquicos que el hombre pueda alcanzar en su vida; una "enérgica necesidad sexual"¹³⁶ que lo lleva a consumir todo aquello hacia lo cual ella misma, la pulsión, lo empuja.¹³⁷ Para ser más exactos, Freud traza en su teoría de las pulsiones una clara distinción entre *pulsiones yoicas* o de *autoconservación* y *pulsiones sexuales*, según la fuente de la que proceden.¹³⁸

En cuanto a las últimas, sabemos por él que brotan de múltiples fuentes orgánicas y aspiran al logro del *placer de órgano*¹³⁹ para ponerse, más tarde, al servicio de la *función de reproducción*. En un principio se hallan aparejadas a las de autoconservación pero, poco a poco se les separan, aunque una parte de ellas sigue asociada toda la vida a estas últimas, revistiéndolas de componentes *libidinosos* que sólo salen a la luz cuando sobreviene la enfermedad. Por tratarse de un concepto fronterizo entre lo corporal y lo anímico -que induce a pensar en ella tanto en términos cuantitativos como cualitativos -, bien podemos

¹³⁴ FREUD, S. *Tres ensayos de teoría sexual* (1.905). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, p. 203.

¹³⁵ Véase *supra*, págs. 93-5.

¹³⁶ Según la expresión de Freud, op. cit., p. 204.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ FREUD, S. *Pulsiones y destinos de pulsión* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 119.

¹³⁹ Placer adscrito a un órgano específico del cuerpo que actúa, a su vez, como fuente pulsional.

atribuir a la pulsión un contenido: en el plano somático éste sería la “cantidad” de energía sexual que la conforma; en el plano psíquico, hablaríamos de la “cualidad” de esa energía. Siguiendo con el interés que hemos puesto en las *pulsiones sexuales*, nos es lícito suponer en el segundo de estos dos planos el par de opuestos *amor-odio* como contenido de las mismas.

Ahora bien; según esto, el amor es un contenido de la pulsión sexual, así como lo es también su opuesto, el odio. Es lo que Bleuler denominó como *ambivalencia*.¹⁴⁰ No significa esto que la pulsión sexual esté compuesta o mejor, “hecha” de aquello que contiene -de amor o de odio en este caso-, sino que, por ser ella misma un *continente*, es decir, por hacer las veces de “recipiente”, puede ser ocupada por diferentes representaciones a nivel cualitativo; bien pueden ser éstas de amor, de odio, de muerte, etc., siendo las mismas, como *contenido*, aquello que otorga a la pulsión sus características; o sea, lo que finalmente establece la variación pulsional. ¿Qué nos indica esto?

Primero, que ambos -amor y odio- coexisten como contenidos pulsionales sin excluirse y, por tanto, en la investidura libidinal dirigida a los objetos participan con la misma intensidad. Sólo las condiciones externas harán variable el aumento o disminución de cada uno de ellos, en cuyo caso su opuesto adoptará el comportamiento contrario. Segundo, que si la transferencia -como concepto psicoanalítico- debe su génesis a la actualización de mociones pulsionales que fueron despertadas en otro tiempo, y entre ellas se halla, como es claro, la pulsión sexual, dicho fenómeno comporta también -además de la corriente

¹⁴⁰ Véase al respecto FREUD, S. Op. cit., p. 126 y n. 26.



amorosa que se hace inmediatamente manifiesta al inicio del tratamiento- una corriente hostil -la del odio- que pareciera estar rezagada hasta que, por obra de una intensificación de la corriente amorosa que recibe de la realidad como respuesta la denegación, es despertada. Es así que la transferencia se convierte, de repente, en una fuerte *resistencia*. Tercero, que mientras la transferencia debe soportar simultáneamente la presencia de las dos corrientes y aprovecharlas -sin prejuicios- para la investigación, el amor, en su forma más común, sólo acepta las manifestaciones tiernas (amorosas), en tanto que las hostiles (de odio) tienden a hacerlo desaparecer. Valga esto último como una de las diferencias radicales entre la transferencia y el amor.

Entiéndase entonces el amor, no como la transferencia, sino como un fenómeno diferente que puede, sin embargo, hacer parte de ella. A diferencia del amor, la transferencia, sobra decirlo, no constituye un contenido pulsional ni opera en contraposición al “*odio*”, al “*ser-amado*” o a la “*indiferencia*”,¹⁴¹ lo cual es propio del amor, sino que constituye un fenómeno clínico específico suscitado por el dispositivo analítico, en el que todas sus manifestaciones afectivas pueden ser objeto de análisis. Si una condición para que surja y se mantenga el amor es la participación del otro, valga decir, que éste corresponda a las expectativas y los sentimientos que se le profesan, en la transferencia, no se trata de apuntar a un **otro**, sino al **Otro**, que es el que menos participa; de allí que la demanda de amor que brota y se actualiza en la situación analítica esté, justamente, dirigida a él.

¹⁴¹ Véase op. cit., p. 128.

Pero ¿qué es entonces la transferencia?

Freud habló de la “neurosis de transferencia” como aquella en la que surgen nuevas producciones de la enfermedad, nuevos síntomas que se adhieren a un nuevo sentido, consistente en un vínculo con la transferencia. En otras palabras, se crea un nuevo género de productos psíquicos patológicos¹⁴². Se trata, en este caso, no de la neurosis que aquejaba al enfermo al inicio del tratamiento, sino de una nueva en la que, tras haber comenzado la cura de la ya existente, toma por objeto al terapeuta -que la ha suscitado- y lo pone por testigo de su origen. Diremos que se halla fundamentada, entonces, por la relación que el enfermo establece con el médico. El final de esta *neurosis artificial* coincide con la culminación de la enfermedad que se trajo a la cura, que es la tarea terapéutica del psicoanálisis¹⁴³.

En vista de que la relación nacida de la situación terapéutica no justifica el surgimiento de los “sentimientos” que el enfermo “transfiere” al médico, es lógico suponer que éstos ya estaban allí y, con ocasión del tratamiento, fueron reanimados. Para decirlo de otro modo, la libido (que parecía haberse vuelto inoperante y haber producido por ello la neurosis al retraerse sobre el yo), fue reactivada al establecerse la relación con el médico, al que invistió como su nuevo objeto. Esta es la **transferencia** de la que nos habla Freud y que puede ser entendida, más explícitamente, como el proceso mediante el cual la libido que fue resignada de la realidad al chocar con la frustración -valga decir, que fue *introvertida*-, se

¹⁴² FREUD, S. *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1.905[1.901]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, p. 102.

¹⁴³ Cf. FREUD, S. *La transferencia* (1.916). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVI, p. 404.

abre paso, por vía de la regresión, hacia un punto de fijación hallado en las fases pregenitales de su desarrollo, haciendo corresponder la investidura actual del médico con aquella que en la fase pregenital fue posible. Diremos que ella, entonces, opera como una representación inconsciente. Posteriormente, en virtud de la concepción de la neurosis y de su mecanismo productor de síntomas, la transferencia fue vista como uno de ellos; esto, debido a que venía en el lugar de una *satisfacción libidinosa sustitutiva*,¹⁴⁴ que constituye una de las formas de definir el síntoma.

Tanto la *asociación libre* como la *interpretación* dieron cuenta de este fenómeno; con ellas se dio inicio, por Freud, a una técnica interpretativa en la que la función de la palabra empleada en la descripción del suceso y el recuerdo patógenos, mostraba ser fundamental para la cura, tal como se aprecia con Elisabeth Von R. Con esto, la *catarsis* se convertía, no en una simple forma de liberación de estímulo acumulado en el aparato psíquico, sino en un método asociativo mediante el cual era posible establecer una subjetividad y una responsabilidad a nivel del lenguaje y, además, permitir que el sujeto se apropiase de sus contenidos inconscientes como contenidos simbólicos.

Pero, respecto a este concepto, también las elaboraciones de Lacan tienen mucho que indicarnos. En su *Seminario XI*, por ejemplo, define la transferencia, como hemos tenido oportunidad de observar, como la puesta en acto de la realidad inconsciente, definida ella misma como sexual. Además, especifica que no es “el amor”, sino que, antes bien, suscita de manera decisiva la pregunta por el llamado amor auténtico. Y aunque sus efectos naturales

¹⁴⁴ Cf. Ibid.



no son exclusivos de la situación analítica, en ella encuentra sus fundamentos estructurales. Sobre estos últimos volveremos más adelante.

Veamos ahora por qué la *asociación libre* y la *interpretación* se convierten en el fundamento de la transferencia.

3.2. ASOCIACION LIBRE - INTERPRETACION - TRANSFERENCIA

Tras el abandono de la sugestión hipnótica, como ya hemos dicho, Freud se encaminó hacia la aplicación del método catártico que, con Breuer, había tenido ya oportunidad de observar. Dicho abandono puso en evidencia sus razones a nivel práctico, teórico y, principalmente, ético. Si en la sugestión hipnótica era la “palabra del amo” la que comandaba la curación por medio de una “inyección de rectificaciones de saber”,¹⁴⁵ el método catártico, por lo menos, daba cabida a la palabra del sujeto como una forma de liberación del conflicto, permitiendo que, a través de ella, subieran a la conciencia los hechos “olvidados”; así, las representaciones reprimidas se hacían concientes al entrar en contacto con la palabra. Ahora no era la “palabra del amo” la que comandaba la cura, sino la palabra del sujeto, a la que se confería cierta libertad.

¹⁴⁵ TROBAS, Guy. *Un problema planteado por la lógica del descubrimiento de la transferencia*. En: Revista Disparatorio, Medellín: Cadena S. A., febrero de 1.993, No. 4, p. 8.

No obstante, Freud pudo notar que el método catártico conservaba todavía una buena dosis de técnica hipnótica¹⁴⁶ que daba cuenta del empleo de la sugestión. Por esta razón e impulsado siempre por una preocupación ética, se vio precisado a abandonar también este método, empleando, en su lugar, la “*técnica de la concentración*”. Esta puede ser entendida como un “estado intermedio, muy pronto abandonado por Freud, entre la sugestión hipnótica propiamente dicha y la asociación libre”.¹⁴⁷ Cuando al primer intento no lograba obtener de los enfermos un grado de hipnosis con alteración corporal manifiesta, dejaba de lado dicha técnica para demandar de ellos un “estado de concentración”. Con ese fin, les ordenaba acostarse de espaldas y cerrar voluntariamente los ojos.¹⁴⁸ De esta manera conseguía, con menos esfuerzo, el estado hipnótico necesario. Sin embargo, el empleo de esta última técnica le negaba la posibilidad de obtener también el *estado alterado de conciencia* -condición previa para la aplicación del método catártico- con el que se conseguía una intelección acerca de la génesis de los síntomas.

En *estado normal de conciencia*, el enfermo no lograría colegir los nexos que en el estado alterado, valga decir, bajo hipnosis, solía advertir. Toda vez que faltase el “ensanchamiento sonámbulo de la memoria”,¹⁴⁹ éste dejaría de ofrecer al médico los nexos causales de su recuerdo como algo que le resultase notorio, justamente por hallarse ausentes de la conciencia en su estado normal.

¹⁴⁶ Freud siguió apoyando la mano sobre la frente del enfermo o tomándole la cabeza entre sus manos cada vez que no sabía cómo proseguir.

¹⁴⁷ Véase FREUD, S. *Manuscrito H* (1.895). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, p. 248, n. 57.

¹⁴⁸ FREUD, S. *Estudios sobre la histeria* (1.893-5). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. II, p. 126.

¹⁴⁹ Op. cit., p. 127.

Pero, apoyándose en Bernheim, descubrió que los recuerdos del sonambulismo sólo en apariencia se hallaban olvidados en estado de vigilia, y se los podía volver a convocar por medio de una leve admonición.¹⁵⁰ Así las cosas, se hizo cada vez más evidente que, lo realmente decisivo para el tratamiento psíquico no era la aplicación de tal o cual método o el procurar un estado normal o alterado de conciencia, sino el dar por sentada la existencia de ciertos contenidos psíquicos que, por obra de las fuerzas -igualmente psíquicas- que se oponen a su exteriorización, caen en un aparente olvido que promueve el estado patológico del individuo. De este modo, todo parecía indicar que el éxito del tratamiento dependía por entero de la posibilidad de verbalización del enfermo que, hasta cierto punto, el método catártico abrigaba. En él, la “*conversación*” aparentemente suelta y guiada por el azar, surgió como la piedra angular para el descubrimiento de la *asociación libre*.

Freud pudo observar cómo la “ampliación de la conciencia”¹⁵¹ -o “ensanchamiento de la memoria” como ya la hemos nombrado- que sobrevinía en el estado hipnótico, producía en el enfermo la emergencia de representaciones (recuerdos, pensamientos e impulsos cargados de afecto) ausentes de su conciencia hasta entonces. Estas eran comunicadas al médico en medio de intensos estados afectivos, luego de lo cual el síntoma quedaba superado y no retornaba más. Así se puso de relieve la existencia de unos procesos psíquicos sofocados, es decir, apartados de la conciencia, como ocasionadores de los síntomas. La eficacia terapéutica estuvo centrada, desde ese momento, en la verbalización

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Así en: *El método psicoanalítico de Freud* (1.904[1.903]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, p. 273.



del paciente que, a manera de descarga, exhibía las representaciones inconscientes en que dichos procesos sofocados consisten.

Este nuevo descubrimiento obligó a Freud a introducir en su procedimiento terapéutico lo que más tarde adoptaría el apelativo de *regla fundamental del psicoanálisis*. En vista de que la trasposición de los síntomas y la liberación de afectos eran una exigencia del éxito terapéutico, debía buscarse otro mecanismo -no ya la ampliación de la conciencia- para conseguirlo. Fue así como halló, en las ocurrencias de los enfermos, un sustituto de esa índole: "los *pensamientos involuntarios*, sentidos casi siempre como perturbadores y por eso apartados en circunstancias corrientes, que suelen cruzarse en la trama de una exposición deliberada".¹⁵² Para apoderarse de estas ocurrencias, propone a los enfermos la regla fundamental, que consiste en dejarse llevar por éstas nombrándolas al tiempo en que sobrevienen, sin previa crítica ni censura. En el intento se advierte, sin embargo, que muchas de ellas son refrenadas por él con todos los recursos de la crítica, por intuir el enorme malestar que se produce cuando, finalmente, su recuerdo se instala en la conciencia. De este hecho intuyó Freud que las "amnesias" (las aparentes lagunas en el recuerdo) son el resultado de una *represión* originada por la *resistencia*, que se opone a la exacta reproducción del mismo y crea, en su lugar, un recuerdo deformado (encubridor) susceptible de ser aceptado por la misma.¹⁵³ La exhortación que el médico hace al enfermo para que diga todo cuanto pase por su cabeza, se convierte en un método

¹⁵² Op cit., p. 238. Las bastardillas no corresponden al original.

¹⁵³ Véase *supra*, p. 97, n. 130.

espontáneo de asociación de ideas en el cual el recuerdo de una de ellas o la evocación de una imagen, suscita la evocación de otras convirtiéndose en una cadena asociativa. Lo característico de dichas *asociaciones* es que se producen a partir de un rasgo psíquico común que crea una *ligazón* entre ellas. Por no estar orientadas ni controladas de manera selectiva, se las considera de carácter *libre*. Además -es de anotar a este respecto-, tampoco surgen de un punto de partida previamente establecido, pues la regla fundamental invita, justamente, a eliminar las normas que rigen para el discurso coherente y justificado. Con todo esto, se dio a este método el nombre de **asociación libre**. Partiendo de él, fue posible tener un conocimiento más claro acerca del tipo de fuerzas psíquicas que comandan el estado mórbido o salubre del individuo, ya que éste “sabía hallar en seguida el camino, inaccesible para su reflexión conciente, que llevaba desde el síntoma hasta los pensamientos y recuerdos enlazados con él”.¹⁵⁴ Ya en 1.904, en *El método psicoanalítico de Freud*,¹⁵⁵ habían sido indicadas las razones por las que las ocurrencias no deliberadas (libres) del enfermo, se hacían tan importantes para el tratamiento: ellas mantenían un vínculo innegable con el material psíquico reprimido, causante de la enfermedad.

Ahora bien; después de saber esto, quedaba planteada la pregunta acerca de la forma de abordar *eso* psíquico reprimido, de modo que el enfermo pudiese hacerlo conciente y, con ello, liberarse de sus graves efectos. En otras palabras, se hacía necesaria la creación de un nuevo procedimiento terapéutico, que permitiese avanzar desde las ocurrencias -material en

¹⁵⁴ Véase FREUD, S. *Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”* (1.923[1.922]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVIII, p. 233-4.

¹⁵⁵ Véase al respecto FREUD, S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, p. 239.



bruto de las producciones psíquicas del paciente según una expresión de Freud- hasta lo reprimido -que vendría a ser el contenido metálico, un tanto más elaborado, de las mismas-. Es decir, un procedimiento que permitiera el paso desde las desfiguraciones hasta lo desfigurado, o mejor, de lo conciente a *lo inconsciente*.

Fue así como nació el arte de la **interpretación**, destinado a lograr dicho objetivo.¹⁵⁶ Consiste ésta en una *técnica de traducción*, de decodificación de los contenidos inconscientes que se presentan bajo la forma de jeroglíficos. Se la aprende por vía empírica, a partir de las ocurrencias y actos del enfermo, con lo que se construye el material inconsciente. No obstante, no se halla librada al simple albedrío del terapeuta, sino que se la emplea bajo una serie de reglas establecidas por el contenido mismo del discurso a la luz de la situación analítica. Teniendo en cuenta que las ocurrencias del paciente apuntaban a un sentido oculto, el terapeuta debía proceder de manera cuidadosa para no obturar su esclarecimiento y, en lugar de ello, poder percibir las representaciones que lo ponen de manifiesto. Para tal fin, él mismo, el terapeuta, debía “*entregarse*” con una *atención flotante*¹⁵⁷ a su propia actividad mental inconsciente, evitando la reflexión y la crítica concientes, así como la memorización de algo particular escuchado. De esta manera, capturaría lo inconsciente del paciente con su propio inconsciente.¹⁵⁸ Así se descubrió que

¹⁵⁶ Cf. Ibid.

¹⁵⁷ Con este término designa Freud la técnica por medio de la cual el analista logra conservar latentes en su memoria los datos históricos del paciente, que salen a la luz durante la cura. Consiste en no querer fijarse {*merken*} en nada en particular y en prestar a todo cuanto escucha la misma atención. Ello lo libera, si ha de verse abocado a recibir varios pacientes por día, del riesgo de confundir la biografía de los mismos.

¹⁵⁸ Cf. FREUD, S. *Dos artículos de enciclopedia* (1.923[1.922]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVIII, p. 235.

las ocurrencias del paciente eran, en cierto modo, leves alusiones a determinado tema; indicios de lo inconsciente, que el terapeuta podía acabar de colegir para comunicárselos.

Para que dicha comunicación pudiese tener el efecto favorable esperado, se requería que, previamente, se hubiese establecido entre el paciente y el terapeuta un *rapport en regla*; ¹⁵⁹ sin él, el intento del terapeuta de crear las condiciones para que el paciente se apoderase de sus contenidos inconscientes quedaría fuera del contexto terapéutico, sin obtener, al menos, la posibilidad de influir posteriormente sobre terreno ya abonado.

Y bien; este “rapport en regla” que acabamos de mencionar, equivale a una **transferencia** de carácter específico: una *transferencia operativa* que actúa en favor del trabajo de análisis, proporcionando las magnitudes de afecto requeridas para vencer las resistencias, lo cual basta por sí solo para eliminar los síntomas del padecer. Es necesario entonces que, durante el análisis, ella subsista; de lo contrario, se trataría sólo de un tratamiento sugestivo, no de un *psicoanálisis* como dio en llamar Freud al *tratamiento durante el cual la transferencia ha empleado su intensidad para vencer las resistencias*. ¹⁶⁰

En otras palabras, como lo afirma Soler, ¹⁶¹ *la transferencia surge como condición de la interpretación*, en tanto se hace necesaria para que ésta tenga, al menos, una operatividad. Entonces, hemos comenzado a hablar de “otra” transferencia. Ahora no se trata de aquella que Freud definió y explicó a partir de unas “reediciones” o “recreaciones de

¹⁵⁹ La expresión es empleada por Freud en *Sobre la iniciación del tratamiento* (1.913). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 140.

¹⁶⁰ Op. cit., p. 143-4.

¹⁶¹ SOLER, Colette. *Transferencia e interpretación*. Seminario del Primer Encuentro del Campo Freudiano en Colombia, 1.989, Medellín: FFM, 1992, p. 10.

las mociones que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse concientes”, y que sustituyen una persona anterior por la persona del médico ¹⁶² con el cual se establece un vínculo netamente afectivo, sino de la transferencia estructurada por el Sujeto Supuesto al Saber. Este nuevo estatuto de la transferencia -legado de Lacan- hace alusión, además, a lo que sería su estructura constituyente fundamental. Así, la interpretación supone, no sólo un saber, sino un sujeto que lo posee y, es allí, justamente, donde se instala la transferencia. En este sentido dice Soler: “el trabajo de la transferencia se puede tomar, por una parte, como una transmisión que va del analizante al analista, de sus significantes”. ¹⁶³ Al analista -valga la aclaración-, que nada sabe acerca de los significantes del inconsciente del analizante al inicio de la cura; he ahí el lugar de la suposición. Ahora vale la pena detenernos por un momento para entrar a considerar las implicaciones que, en todo esto, tiene la interpretación y, así mismo, los verdaderos alcances de la transferencia en la clínica. Recordemos entonces los rasgos que, primero para Freud y luego para Lacan, definen la interpretación.

Para comenzar, se hace preciso volver a la noción de *inconsciente*, descubrimiento freudiano posible gracias a su vinculación con la interpretación.

Inicialmente, Freud hace alusión a “*lo inconsciente*” desde el punto de vista fenomenológico, como un “estado psíquico” opuesto al de “conciencia”, en que las representaciones susceptibles de acceso a ésta permanecen en *estado latente* durante

¹⁶² Véase al respecto *supra*, p. 87.

¹⁶³ SOLER, C. Op. cit., p. 35.

períodos prolongados, antes de que ello ocurra.¹⁶⁴ Así, citando a Lipps (1.897), consiente en su afirmación de que:

Lo inconsciente (...) tiene que suponerse como una base universal de la vida psíquica. Lo inconsciente es el círculo más vasto, que incluye en sí al círculo más pequeño de lo conciente; todo lo conciente tiene una etapa previa inconsciente, mientras que lo inconsciente puede persistir en esa etapa y, no obstante, reclamar para sí el valor íntegro de una operación psíquica. Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real, *nos es tan desconocido en su naturaleza interna como lo real del mundo exterior, y nos es dado por los datos de la conciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales.*¹⁶⁵

Así, sin poder definir todavía con exactitud lo que lo inconsciente es, Freud nos habla de la naturaleza de dichos *estados psíquicos inconscientes* en los siguientes términos:

en sus caracteres físicos nos resultan por completo inasequibles; ninguna idea fisiológica, ningún proceso químico pueden hacernos vislumbrar su esencia. Por otro lado, se comprueba que mantienen el más amplio contacto con los procesos anímicos concientes; con un cierto rendimiento de trabajo pueden trasponerse en éstos, ser sustituidos por éstos; y admiten ser descritos con todas las categorías que aplicamos a los actos anímicos concientes, como representaciones, aspiraciones, decisiones, etc.¹⁶⁶

Consideraciones como estas pretenden dar cuenta de "*lo inconsciente*" a otro nivel; no ya a nivel de un *sistema* -de uno de los tres que componen el modelo freudiano del aparato psíquico-¹⁶⁷ sino de operaciones psíquicas todavía incognoscibles, pero de las cuales se tiene noticia gracias a la fuerza con que operan superando, las más de las veces, la censura impuesta por el preconciente. Lo inconsciente reclama, así, dos estatutos: el de un *sistema psíquico* y el de un *proceso* o modo de operación de lo psíquico, que da cuenta del

¹⁶⁴ Cf. FREUD, S. *Lo inconsciente* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 163-4.

¹⁶⁵ FREUD, S. *La Interpretación de Los Sueños* (1.900). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, p. 600.

¹⁶⁶ FREUD, S. *Lo inconsciente* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 164.

¹⁶⁷ En su texto sobre *La interpretación de los sueños*, Freud realiza una detallada exposición metapsicológica acerca de su concepción del aparato psíquico, de la que lo aquí expuesto es sólo una pequeña parte. Véase FREUD, S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, p. 602-3.



decurso de la excitación de la energía al interior del aparato. Aquí se hallan considerados dos puntos de vista: uno *tópico* y uno *dinámico*. El primero de ellos coloca “al inconsciente” en un “lugar” específico del aparato, por medio de una representación necesaria del mismo, en que se consideran tres diversos sistemas, a saber: el *inconsciente* (Icc), el *preconsciente* o susceptible de conciencia (Prcc) y el *conciente* (Cc). Dichos sistemas no constituyen, en modo alguno, “terrenos” localizables a nivel anatómico, sino que -y es necesario insistir en esto- hacen parte de una representación tópica, necesaria para la comprensión de los fenómenos psicológicos que operan en la vida de cada individuo. A esta representación añadiría Freud, posteriormente, otra de carácter dinámico. Por medio de ésta fue posible una explicación acerca del *movimiento o cambio de estado de las fuerzas psíquicas* al interior del aparato; este segundo punto de vista alude, no a un “cambio de terreno”, sino a un *cambio de energía*.¹⁶⁸ Todas estas consideraciones son apenas esbozos de lo que Freud formalizaría más tarde bajo el concepto de **inconsciente**, el cual apreciaremos seguidamente. Pero antes de hacerlo, concluyamos esta primera parte con una cita de Freud que nos da una idea de lo que hasta 1.915 podía asegurar al respecto, y es lo siguiente:

Lo inconsciente abarca, por un lado, actos que son apenas latentes, inconscientes por algún tiempo, pero en lo demás en nada se diferencian de los concientes; y, por otro lado, **procesos como los reprimidos**, que, si devinieran concientes, contrastarían de la manera más llamativa con los otros procesos concientes.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Véase al respecto FREUD, S. Op. cit., p. 598.

¹⁶⁹ FREUD, S. *Lo inconsciente* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 168. Las negrillas no corresponden al original.



Como puede observarse, se trata de una visión más elaborada y completa de la noción de lo inconsciente, ya que se han incluido en ella las *representaciones reprimidas*, cuya pesquisa arroja una luz sobre su génesis y su mecanismo. No obstante, el mayor nivel de elaboración de este concepto, lo hallamos en su trabajo sobre *Lo inconsciente* -que hemos mencionado ya en varias oportunidades-, en el que da a conocer el conjunto de propiedades particulares que lo caracterizan como sistema. Entre ellas podemos considerar: primero, que el núcleo del inconsciente consiste en mociones de deseo; es decir, en agencias representantes de pulsión que quieren descargar su investidura.¹⁷⁰ Dichas mociones coexisten sin influirse ni contradecirse -a pesar de ser contrapuestas-, y al ser activadas simultáneamente, confluyen en una formación de compromiso que posibilita su descarga. Segundo, que dentro de dicho sistema no existen la negación {*Negation*}, la duda ni la certeza, sino simplemente, representaciones investidas de mayor o menor intensidad. La negación -sustituto de la represión-, así como la duda y la certeza, son introducidas por el trabajo de la *censura* entre los sistemas Icc y Prcc. Tercero, que en él prevalece una movilidad mucho mayor de las intensidades de investidura gracias a los procesos de *desplazamiento* y *condensación*,¹⁷¹ como indicios del *proceso psíquico primario*. Cuarto, que los procesos que en él se desarrollan son *atemporales*. Quinto, que éstos últimos no se

¹⁷⁰ Cf. Op. cit., p. 183.

¹⁷¹ Ambos conceptos ya han sido tratados *supra*, p. 78.

hallan regidos por la realidad, sino sometidos al *principio de placer*¹⁷² y, para terminar, sexto: que “el acto inconsciente tiene sobre los procesos somáticos una intensa influencia plástica que nunca posee el acto conciente”. En resumen, el sistema Icc se caracteriza por la ausencia de contradicción entre sus mociones de deseo, la presencia en él del proceso primario, su carácter atemporal, y la sustitución de la realidad interior por una realidad psíquica, sin menospreciar el hecho de que ejerce una poderosa influencia sobre lo corporal. Freud lo concibe como algo vivo, susceptible de desarrollo y en estrecha cooperación con el sistema Prcc; es esto último lo que hace posible aprehender algo sobre su esencia. En rigor, afirma que “En lo inconsciente, a nada puede ponerse fin, nada es pasado ni está olvidado”.¹⁷³ Todos estos rasgos son esperables del inconsciente, tanto desde el punto de vista de un sistema, como de un proceso perteneciente a él.¹⁷⁴ De otro lado, según nuestro autor, la única manera de conocer *eso* inconsciente es a través del soñar y de las neurosis, en virtud de la regresión de que son objeto los procesos del sistema Prcc, por la cual se ven obligados a volver a un estado anterior, inconsciente, pero con la posibilidad, según se puede observar, de manifestarse al exterior.¹⁷⁵ El sistema Prcc está compuesto, por un lado,

¹⁷² El *principio de placer* se define como una operación psíquica inconsciente, mediante la cual el aparato psíquico se procura a sí mismo una ganancia de placer, esquivando (reprimiendo) los actos psíquicos que puedan depararle displacer. Dan cuenta de él nuestros sueños y nuestra tendencia a esquivar, durante la vigilia, las impresiones que nos resultan penosas. En contraposición a éste, se establece luego el *principio de realidad* en virtud de la insatisfacción que el primero depara; en él, el aparato psíquico representa las constelaciones reales del mundo exterior y procura su alteración real. En esto, la *atención* puesta al servicio de la *conciencia* rinde su mayor tributo. Cf. FREUD, S. *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1.911). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 224-5.

¹⁷³ FREUD, S. *La interpretación de los sueños* (1.900). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, p. 569.

¹⁷⁴ FREUD, S. *Lo inconsciente* (1.915). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, p. 183-4 y n. 6.

¹⁷⁵ Cf. Op. cit., p. 185.

de una parte de la vida pulsional (por mediación del Icc) y, por la otra, de la percepción.¹⁷⁶ A los “*retoños inconscientes*”¹⁷⁷ -entre los que podemos ubicar el sueño, el acto fallido, el síntoma- que median entre los sistemas Icc y Cc, y que “devienen concientes como formaciones sustitutivas y como síntomas, por lo regular tras grandes desfiguraciones de lo inconsciente”,¹⁷⁸ debemos la posibilidad de la cura. Dichos “retoños” surgen como tropiezo, como fracaso, en un punto del discurso del sujeto donde aparece como prioridad inconsciente el que algo sea comunicado. Algo con un matiz de verdad acerca de su ser, de su deseo, lo que posibilita el acceso a su inconsciente. Ello, gracias a que ponen en evidencia el comercio entre los sistemas, no sólo Icc y Prcc, sino también, Prcc y Cc. El inconsciente -dice Freud- “es algo alcanzado también por las vivencias que provienen de la percepción exterior”;¹⁷⁹ valga decir, por los datos de la conciencia, cuyo recorrido hasta el inconsciente permanece expedito siendo sometidos a represión, solamente, los que regresan de él. Lo anterior explica la afirmación de Freud con respecto a que: “...la cura analítica se edifica sobre la influencia del inconsciente desde la conciencia”,¹⁸⁰ aún cuando éste no posea una estructura de permanencia, sino temporal.

Para Lacan, entretanto, *eso* inconsciente tiene la dimensión de una hiancia, de una falla o fisura que *causa* el deseo en el sujeto. Una hiancia en la que se instala la ley del significante, ya que *eso* se halla, a su vez, estructurado como un lenguaje.

¹⁷⁶ Cf. Op. cit., p. 191.

¹⁷⁷ La explicación a esta expresión se halla *supra*, p. 97, n. 130.

¹⁷⁸ FREUD, S. Op. cit., p. 190.

¹⁷⁹ Op. cit., p. 191.

¹⁸⁰ *Ibid.*

Según Lacan, Freud denuncia que: "...a nivel del inconsciente, hay algo homólogo en todos sus puntos con lo que sucede a nivel del sujeto: eso habla y eso funciona de manera tan elaborada como a nivel de lo conciente, el cual pierde así lo que parecía ser privilegio suyo".¹⁸¹ Así, y gracias a la censura, sus manifestaciones aparecen bajo la forma de un tropiezo (lapsus, acto fallido, sueño, vacilación) en la frase pronunciada o escrita, y aún en los actos cotidianos del sujeto. Algo -dice Lacan- exige su realización; algo con una intencionalidad y una "extraña temporalidad".

Dicho tropiezo se presenta ante el sujeto como *hallazgo*, no sin sorpresa. Y es que se presenta como "aquello que rebasa al sujeto, aquello por lo que encuentra, a la par, más y menos de lo que esperaba: en todo caso, respecto a lo que esperaba, lo que encuentra es invaluable".¹⁸²

Este *hallazgo* -aclara Lacan- es en realidad *re-hallazgo*, "siempre dispuesto a escabullirse de nuevo instaurando así la dimensión de la pérdida".¹⁸³ Lo que éste pone en evidencia es el *uno* de la ranura, del rasgo, de la ruptura, es decir, el *uno* edificado sobre la hiancia; el *uno* de la falta, la falta en ser de cada sujeto.

El inconsciente -recordemos a Lacan- es el discurso del Otro que se muestra como engañoso; en él se halla incluido el analista. Por tanto, en su discurso, el sujeto se halla en la dimensión del engañarse. Aquí la relación del sujeto con el significante es primordial y

¹⁸¹ LACAN, J. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Seminario XI, Buenos Aires: Paidós, 1.964, p. 32.

¹⁸² Op. cit., p. 33.

¹⁸³ Ibid.



constituyente, tanto en la instauración de la experiencia analítica como en la función radical del inconsciente. Así, la verbalización ofrece la posibilidad de que en el discurso del paciente aparezca el sujeto de la enunciación; aquel en que su deseo inconsciente se manifiesta como verdad, suscitado y soportado por la presencia del analista; o sea, por su deseo o, lo que es lo mismo, por la transferencia. Luego, por la dimensión de engaño en que ambos se encuentran, por la impostura, la dimensión de verdad con la que se las ve el analista se instaure a partir de cierta mentira y aún con ella. La situación en su conjunto refleja, no tanto la impostura de la que hablamos, como la estructura natural del lenguaje. De allí que, respecto al inconsciente, Lacan afirme que: "...es lo que pertenece al interior del sujeto pero que sólo se realiza afuera, en el lugar del Otro que es el único donde el sujeto puede adquirir su status"¹⁸⁴.

Retengamos entonces estas nociones acerca del inconsciente y retomemos ahora el asunto de la interpretación.

Tenemos que, al principio de su trabajo -según lo afirma Soler,¹⁸⁵ Freud no se ocupó de la transferencia sino del descubrimiento del inconsciente por vía de *su* interpretación. Consideraba que en los repetitivos tropiezos del sujeto algo se manifestaba evanesciéndose al mismo tiempo, y ese algo era *un ser que se escamoteaba*, que se hallaba en un punto de vacío. Pues bien, Freud interpretaba ese punto de vacío, intentando hacer venir en ese lugar una representación -lo que Lacan llamaría posteriormente un *significante*-,

¹⁸⁴ Op. cit., p. 153.

¹⁸⁵ SOLER, C. Op. cit., p. 11.

pues se trataba, en ese caso, de descifrar la incógnita que se hacía presente; de producir en el sujeto un trabajo de pensamiento que pudiese decir lo que esa incógnita es. Entonces: "...entre el tropiezo y la interpretación interviene el desciframiento por la vía de la asociación libre y una interpretación que concluye".¹⁸⁶

El desciframiento, que no es lo mismo que la interpretación, habla del inconsciente como un *saber*, según lo concibe Lacan. Para él, la interpretación no es un acto esclarecedor, sino *revelador*, en la medida en que descubre ese *saber inconsciente* que cuestiona la verdad del deseo del sujeto; no constituye una técnica gestáltica que busca completar la buena forma de la cadena significante -"la belleza del discurso"-, sino que nombra un punto en esa misma cadena completándola y produciendo, por tanto, sorpresa. Su poder se mide en la medida en que permite que el sujeto crea y transforme su discurso; en otras palabras, en tanto produce un efecto de verdad. Por tanto, no debe ir dirigida a la vertiente imaginaria de éste, sino a la búsqueda de una simbolización de los significantes de su goce. Esto indica que, en el acto de interpretar, el analista casi ha descubierto las formas de goce del sujeto.

Tampoco se trata de una interpretación en términos de la realidad, sino de una comunicación inexacta que, por su estructura, apunte a la multivocidad de lo inconsciente; de allí su efecto sorpresivo.

Como vemos, en Lacan el inconsciente cobra otro estatuto: no constituye ya un simple punto de vacío que se manifiesta como tropiezo, sino el lugar de un *saber*. Así, el *re-*

¹⁸⁶ Op. cit., p. 13.

hallazgo se produce entonces frente a dicho saber, equivalente a una verdad del inconsciente. Es en este punto donde sobreviene la **transferencia**, como dice Soler, entre el analizante que tropieza y que asocia y el analista que interpreta.¹⁸⁷ Se trata de la transferencia, no como el amor hacia la persona del analista, sino, como diría Lacan posteriormente, como el *amor que se dirige al saber*. Ahora es el momento de centrar toda nuestra atención en la definición lacaniana de este concepto.

3.3 LA TRANSFERENCIA EN LACAN

La transferencia -dice Lacan- es un fenómeno esencial ligado al *deseo* como punto nodal del ser humano, que incluye juntos al sujeto y al analista. El deseo no es sustancia; está presente en el proceso primario y rige hasta el modo en que ha de abordarse. La libido es, como tal, su presencia efectiva. La terapia analítica busca revelar al máximo lo tocante a este punto nodal, por el cual la pulsación (abertura) del inconsciente está vinculada con la realidad sexual.

La demanda, como sabemos, se articula con significantes. Lacan descubre que, por ello, queda un resto metonímico que se desliza bajo ella; un elemento que no es indeterminado, que es una condición a un tiempo absoluta e inasible; un algo imposible, no reconocido: el **deseo**. La función del deseo es, entonces, el residuo último del efecto del

¹⁸⁷ Ibid.

significante en el sujeto.¹⁸⁸ Su objeto es, en sentido corriente, un fantasma que es en realidad su sostén o su señuelo.¹⁸⁹

Desear -continúa Lacan- entraña una fase de prohibición que lo hace idéntico a no querer desear. Esto último, a su vez, equivale a querer no desear. En este punto ubica la necesaria presencia del analista -Sujeto Supuesto al Saber-, quien se supone irá al encuentro del deseo inconsciente.¹⁹⁰ Así, dice: “En cuanto hay el Sujeto Supuesto al Saber, hay transferencia”.¹⁹¹ De esta manera, es el deseo el que ocupa el lugar de pivote central de la transferencia. Sin embargo, no hay que olvidar que el deseo que se hace presente en el dispositivo no es sólo el del paciente, sino además, el del analista. Con ello la situación analítica se convierte, de acuerdo con nuestro autor, en una situación en la que el deseo se relaciona con el deseo.¹⁹² De hecho, debemos la transferencia al deseo del analista. Podemos afirmar, entonces, que los resortes de la transferencia están constituidos: de un lado, por el deseo del analista; de otro, por la puesta en acto de la realidad inconsciente del sujeto, impulsada siempre por su deseo. Así, dice Miller que: “... la transferencia freudiana es el momento en que el deseo del paciente se apodera del analista, en que éste, como significante, imanta las cargas liberadas por la represión”.¹⁹³ Es lo que indica que el analista,

¹⁸⁸ LACAN, J. Op. cit., p. 159-60.

¹⁸⁹ Cf. Op. cit., p. 193.

¹⁹⁰ Cf. Op. cit., p. 242-3.

¹⁹¹ Op. cit., p. 240.

¹⁹² Op. cit., p. 243.

¹⁹³ MILLER, Jacques-Alain, *Recorrido de Lacan*, Buenos Aires: Manantial, 1.991, p. 65.

como tal, no es exterior al inconsciente del paciente; antes bien, constituye uno de sus significantes, siendo -como lo afirma Lacan- una de sus formaciones.

En todo esto, la transferencia cobra el valor de una consecuencia, pero también de una causa. Consecuencia y causa del procedimiento freudiano, de la regla fundamental del psicoanálisis. Igual sucede con el Sujeto Supuesto al Saber, que Lacan plantea como el principio constituyente de la transferencia. Dicha noción no significa lo que comúnmente se piensa: que el analista sabe todo respecto a la vida del paciente justo en el momento en que se sienta frente a él, sino que *puede saber*, no con respecto a su historia ni al saber que consideramos científico, sino a lo que se entrama en el discurso del paciente, a lo que quiere mostrar su cadena significante; o sea, *puede saber con respecto a su deseo inconsciente*. Obviamente, este saber dejará de ser posible en la medida en que el sujeto se *resista* a su verbalización; en la medida en que, por hallarse en la dimensión del engañarse, se afane por contrarrestar dicho efecto del lenguaje empleando, en su lugar, el "bien decir"; justamente, aquel que no dice nada sobre su deseo.

Con la pregunta acerca de qué implica la posición que asume el analista al invitar al paciente a decir todo y cualquier cosa, Lacan introduce la noción del Sujeto Supuesto al Saber para indicar que, con su acto, el analista dice, al mismo tiempo, que todo cuanto sea dicho -aunque parezca que no dice nada- siempre dirá algo. Es decir, garantiza al paciente la significación de su decir a través de su interpretación. Es allí donde podemos ubicar el fundamento de la transferencia.¹⁹⁴ En su aspecto fenomenológico aparece, en la

¹⁹⁴ Cf. Op. cit., p. 78.

obra de Freud, bajo tres diferentes formas: como *repetición*,¹⁹⁵ como resistencia y como sugestión,¹⁹⁶ aunque existe también una cuarta forma: como neurosis de transferencia.¹⁹⁷

No obstante, Lacan desarticula dichas concepciones puramente fenomenológicas convirtiéndolas en una concepción estructural que explica, por ende, todas sus manifestaciones. Es así que, aunque en su *Seminario XI* muestra cierta ambigüedad con respecto a su posición frente a la transferencia en vista de que ésta parece mostrar una evidente conexión con la repetición por un lado y con la resistencia por otro, acaba por afirmar que, la transferencia, no es la repetición. En su dimensión radical, diremos que se halla fundamentada, realmente, en el dispositivo mismo de la cura. Esto, gracias a la existencia del Sujeto Supuesto al Saber, como su principio básico, que la sitúa como consecuencia inmediata -y como causa, recordémoslo- de la estructura de la situación analítica regida, a su vez, por la estructura de su discurso. El mismo que lejos de proceder bajo las normas que normalmente rigen para el discurso del amo, el universitario y el de la histeria, se propone como alternativa de rescate del sujeto en su esencia.

Por otro lado y, a propósito de la resistencia, Lacan toma en cuenta, además, el carácter bifaz de la transferencia: ella es testimonio de la existencia del inconsciente, a la vez que obstáculo para la cura. Este último punto lo explica Miller de la siguiente manera: "la

¹⁹⁵ Con esta noción Freud quiere indicar el mecanismo psíquico mediante el cual el paciente, en lugar de *recordar* acontecimientos importantes de su historia para ser verbalizados (datos que se hallan reprimidos), los *actúa*. Es decir, no los reproduce como recuerdo sino como acción. Valga decir, los *repite* sin saber, desde luego, que lo hace. Véase al respecto FREUD, S. *Recordar, repetir y reelaborar* (1.914), Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, p. 151-2 y *supra*, págs. 85-8.

¹⁹⁶ Véase al respecto *supra*, págs. 96-8 y 80-2, respectivamente.

¹⁹⁷ Véase *supra*, p. 102.



transferencia cuando la situamos entre el empuje del analista y la resistencia, aparece esencialmente como una formación de compromiso: la libido abandona un poco de terreno ante la demanda del analista y hay un pequeño pedazo que se suelta y obtura el conducto".¹⁹⁸ Este conducto es aquel mediante el cual el inconsciente logra abrirse al exterior. Su cierre se debe, justamente, a que allí el inconsciente fue tocado y, por tanto, responde con una sanción a la regla fundamental del psicoanálisis convirtiéndose en una resistencia.

Ahora, en cuanto a la transferencia como sugestión, recordemos una breve cita de Miller bastante reveladora en el sentido de esta concepción: "...analizar la transferencia consiste en liquidar la transferencia negativa, la transferencia positiva demasiado ardiente y conservar la transferencia amable, lo cual permite operar sobre el paciente por *sugestión*".¹⁹⁹ Respecto a este punto -tema central de la presente monografía-, es mucho lo que se puede decir. Para comenzar, no olvidemos que Freud admite que, buena parte de los resultados obtenidos del psicoanálisis descansan sobre los efectos logrados por la sugestión, entendida ésta como la forma de influenciar a una persona mediante los fenómenos transferenciales posibles en su caso.²⁰⁰ Esto deja la impresión de que, entre la transferencia y la sugestión, existe una suerte de equivalencia a la vez que una distinción que, al parecer, no es muy clara. Partiendo de esta misma impresión diremos que, una de ellas, la sugestión, parece estar supeditada a los efectos iniciales logrados por la transferencia. Sin éstos, la sugestión no

¹⁹⁸ MILLER, J. A. Op. cit., p. 70.

¹⁹⁹ Op. cit., p. 71. Las bastardillas no hacen parte del original.

²⁰⁰ Véase *supra*, págs. 80-1.



tendría operatividad alguna. Ya este hecho las coloca a diferente nivel. Si en cambio esperásemos que la transferencia actuase por sí sola, descubriríamos que, en buena medida, ello es posible. No porque pueda prescindir enteramente de la sugestión, sino porque a raíz de la movilización del deseo inconsciente que se opera en el paciente durante la cura, será éste, ultimadamente, el que comande las modificaciones que en el sujeto se operen. En otras palabras, es el propio deseo del sujeto el fundamento de cualquier posible modificación subjetiva, entre ellas, el ser susceptible de sugestión. He ahí la diferencia radical entre lo que cada una de ellas, sugestión por un lado y transferencia por otro, pueden conseguir.

Así las cosas, encontramos que la transferencia, más que una técnica de orientación, más que un dispositivo hecho de imperativos, se convierte en la mejor estrategia del analista para conseguir que el sujeto, inspirado en la situación analítica, elija sus propias modificaciones. Allí el analista es, sin más, semblante de una posición que seduce al sujeto para que lo consiga.

Detengámonos en este punto por el momento. En el capítulo siguiente tendremos oportunidad de reunir, más clara y concisamente, los argumentos que nos llevan a establecer la más nítida diferencia entre ambos conceptos.

4. LA TRANSFERENCIA NO ES SUGESTION

*"Ecos, resaca, arena, líquen, sueños.
Otra cosa no soy que esas imágenes
que baraja el azar y nombra el tedio.
Con ellas, aunque ciego y quebrantado,
he de labrar el verso incorruptible
y (es mi deber) salvarme.*

Borges, El hacedor, La cifra.

Y bien, como dijimos al final del capítulo anterior, en estas páginas procuraremos sentar las bases que nos obligan a establecer una diferencia radical entre los conceptos de sugestión y transferencia. Dicho propósito obedece a un interés ético que se despierta a raíz de los frecuentes interrogantes que en torno a la posición del psicólogo en la clínica se gestan, y que apuntan a la búsqueda de su esclarecimiento tanto a nivel teórico como práctico. La ética que funda dichos interrogantes busca, precisamente, establecer los principios básicos para la correcta ejecución de un acto que producirá efectos no sólo a nivel individual, sino también social: el acto del psicólogo. Con ello se espera, por ende, garantizar el correcto ejercicio de un "poder" que nos es dado por la disciplina misma; poder que nace de una suposición sobre la cual debemos estar al tanto: la suposición de un saber.

Bien sabemos que dicha suposición constituye el fundamento de la transferencia en su sentido psicoanalítico, mas no por ello podemos descartar su aparición en una sesión

psicoterapéutica pues, en realidad, ésta está allí, desde el principio, esperando a ser recibida por un otro que, desde el punto de vista del paciente, la encarnará, no como suposición, sino como certeza. Por tanto, no sólo para los psicoanalistas, mas también para los psicólogos, un conocimiento lo más exhaustivo posible acerca de dichos conceptos y de sus efectos en la clínica, estará del lado de una respuesta ética a la responsabilidad que recae sobre su quehacer. Así, mientras que del lado de los primeros se estará garantizando con ello al paciente el no ser el blanco del poder que se ejerce con la sugestión a nombre de la transferencia, del lado de los segundos se habrá comenzado a dar respuesta a un viejo interrogante que indaga por el lugar desde el cual ha de intervenir el psicólogo; pues si bien es en un análisis donde la transferencia tiene lugar como resorte del trabajo y el acto analítico se autoriza y se funda en ella, su ocasionamiento no es exclusivo de la clínica psicoanalítica, sino propio de toda relación humana que pase por la palabra y, por tanto, también de toda psicoterapia. Es por esto que conviene conocer su esencia para dar a la situación el manejo adecuado, pues, según esto, el psicólogo habrá de vérselas también con la transferencia. Por otro lado, ya que la psicología -a partir de esa transferencia inicial- emplea la sugestión como una de sus mejores herramientas obteniendo de ello los resultados que busca sin escatimar en los efectos secundarios que de allí se derivan, un mejor conocimiento acerca de ésta así como de la transferencia en su esencia, devendrá un dique necesario, preservando al paciente del ser víctima de cualquier error en este sentido.



Es por todo lo anterior que el esfuerzo por dar respuesta a la posición del psicólogo -conocedor de la transferencia y de sus efectos- en la clínica se hace tan meritorio, pues, a fin de cuentas, también a él, desde el inicio del tratamiento, le es supuesto un saber. Veremos de qué manera.

4.1. EL TERAPEUTA: LUGAR DE UN SABER SUPUESTO

En lo que hemos dicho hasta el momento, nos hemos encontrado con todas las definiciones posibles de transferencia, entre ellas la de Lacan, estructurada a partir del Sujeto Supuesto al Saber. La explicación a esta última noción no implica, como dijimos anteriormente, ninguna alusión al saber científico, al saber revestido de un halo mágico, omnipotente, ni derivado de divinidad alguna. Al contrario, se trata del saber que cada sujeto posee; saber sabido pero "olvidado", al que hemos llamado inconsciente. Se trata, según dijimos, del saber al que puede tener acceso nuevamente el sujeto a partir de su relación con su deseo; relación en la que media el analista. Justamente por ser él el mediador, ocupa la posición que le atribuye un saber: aquel al que tiene acceso gracias al relato del paciente tras su asociación libre, de la que rescatará las significaciones que éste no está en capacidad de captar. Son estas significaciones las que el analista aprovecha para construir su interpretación y, en consecuencia, emplearla en la dirección de la cura.

No obstante, esta suposición no es exclusiva de la relación analítica, en tanto obedece a la naturaleza misma de la situación que ella plantea, tal como sucede también en la psicoterapia. Dicha situación tiene su origen en el antiguo modelo médico -en el cual se han basado muchas de las disciplinas en el campo de las ciencias sociales- y supone, primero, un padecimiento; segundo, una búsqueda de alivio al mismo; tercero, un otro al que se acude y a quien se supone el portador de dicho alivio, no sólo por sus prescripciones, sino por su saber científico con respecto al mismo. Fue éste el modelo que sirvió de base a las ciencias sociales, entre ellas la psicología. Hoy, por supuesto, no se toma al psicólogo por un médico -conforme a la noción que se tiene actualmente de los mismos-, pero sí por alguien que posee un saber acerca del dolor humano, del "dolor del alma" que aqueja a muchos. Es así que su título le otorga en la sociedad un lugar definido: el de ser el poseedor de un saber específico; de la fórmula por medio de la cual cada individuo podrá tener el alivio interior deseado. En cierta forma, se lo supone poseedor de las respuestas a todo lo que en el ámbito personal y social los individuos no consiguen comprender.

Esta suposición de saber, a la que se suma posteriormente la empatía del sujeto hacia el psicólogo y su necesidad de escucha y comprensión -factores que dan a la situación su carácter natural-, crean la base para el establecimiento de la transferencia, tal como la hemos estudiado. Es así que podemos hallar, en una psicoterapia, tres elementos básicos: un terapeuta a quien se supone un saber, un paciente que ha acudido a él para resolver algo que lo aqueja, y un decir, el del paciente, a partir del cual el terapeuta obtendrá las herramientas

necesarias para proporcionar el alivio esperado, y el paciente, entretanto, estará en posición de ser influido por éste. Cada sesión, entonces, constituye una situación particular de la cual algo se espera: concretamente, el alivio.

Así, en vista de que el pedido que se plantea no puede recibir como respuesta una inmediata prescripción médica -como el paciente esperaría- sino que aquélla depende de lo que en cada sesión salga a la luz en el discurso del paciente, el trabajo del psicólogo no puede reducirse a una simple utilización de instrumentos como los tests mentales, ni al encasillamiento diagnóstico del paciente, sino que debe también escuchar los efectos de sentido de la palabra que escucha e intervenir desde el lugar que le supone un saber. Razón de más para cuidarse del empleo ilimitado de la sugestión, a sabiendas de los efectos que ella puede producir. Pues, ocupar dicho lugar, no lo olvidemos, deja abierta para él la posibilidad de dirigir por medio de la sugestión al otro que habla o, desde un punto de vista ético, aprovechar la transferencia que se ha establecido para posibilitar el progreso del trabajo psicoterapéutico. He ahí la necesidad de que también el psicólogo se ocupe de conocer aquello que la transferencia implica en su práctica.

Hacer semblante de ese saber -no encarnarlo-, implica también, de parte del psicólogo, el ofrecerse como soporte del discurso del paciente renunciando a su propio discurso; es decir, renunciando a la tentación de indicarle lo que debe hacer con su vida, con lo cual se mostraría como quien realmente *sabe*; como un ser completo, como modelo de identificación. El empleo de la sugestión (de los consejos, las indicaciones, los imperativos

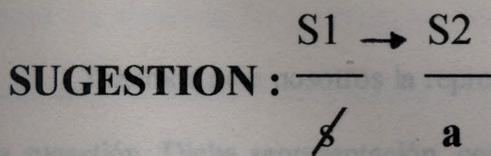
que exigen la pronta desaparición del síntoma) lo convertirá, a los ojos del paciente, en ese ser sin falta al que debe identificarse. ¿Y no es ésta, justamente, una de las formas mortíferas de la lucha por un objetivo inalcanzable, valga decir, por un ideal?, ¿qué lugar ocupa aquí la adaptación del individuo a la sociedad, objetivo primordial de la psicología?, ¿qué lugar otorga la psicología a los ideales?. Si bien el objetivo central de este trabajo no es el cuestionar los fundamentos de la psicología ni su ética, interrogantes como éstos se hacen un tanto necesarios para hacer notar la necesidad de que, en la clínica, el terapeuta se cuide de ofrecerse como modelo identificatorio para su paciente. Esto, valga la aclaración, no sólo es válido para el psicoanalista, sino también, y especialmente por su empleo de la sugestión, para el psicólogo.

Así, una sesión con el psicólogo bien puede desembocar en una de estas dos posibilidades: puede éste pretender llenar con su palabra los vacíos (interrogantes) en la existencia del individuo prometiendo llenar de sentido su vida, o puede permitir que, en ausencia de la sugestión, él mismo se interrogue acerca de sus vacíos y pueda apropiarse, por sus propios medios, del alivio que busca. Ello no indica que se trate de un psicoanálisis -cuyo dispositivo exige una formación específica bastante diferente de la del psicólogo en la que el deber de someterse a su propio análisis es una de sus características esenciales-, sino de brindar al paciente las herramientas necesarias para que pueda asegurarse a sí mismo tanto el alivio, como la manera de crear unas mejores condiciones de vida futuras, todo ello preservando, ante todo, su autonomía.

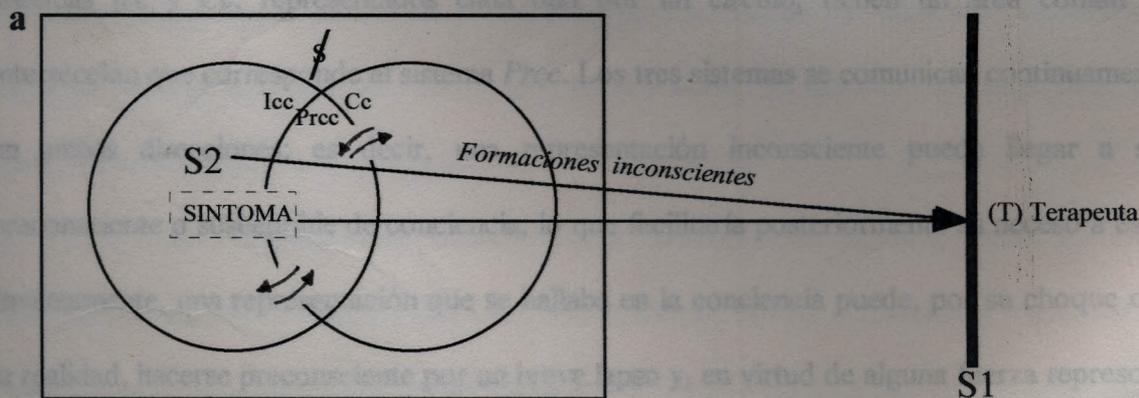
Veamos ahora cómo cada una de ellas, sugestión y transferencia, operan durante la cura.

4.2. LA CURA POR LA SUGESTION Y LA CURA POR LA TRANSFERENCIA

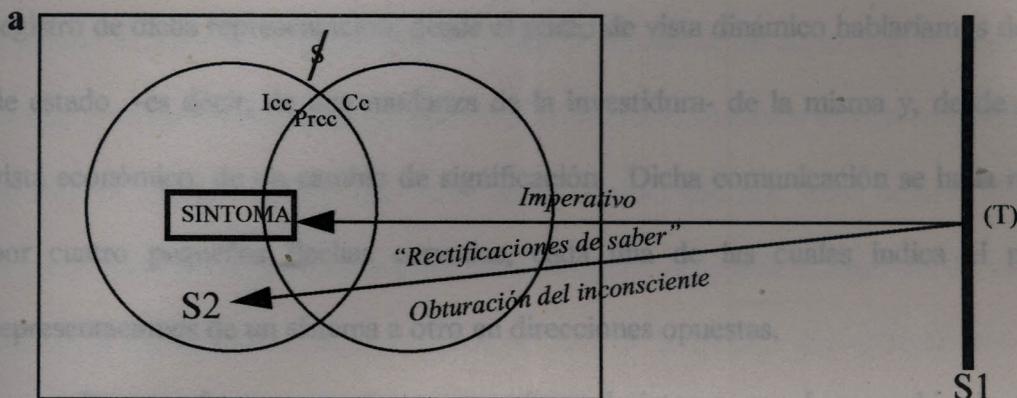
Para comenzar, centremos toda nuestra atención en los siguientes esquemas:



Primer momento :



Segundo momento : Imperativo



Tenemos ante nosotros la representación gráfica de los dos momentos esenciales de la sugestión. Dicha representación, como puede observarse, figura a un sujeto cualquiera que simbolizamos S , con su aparato psíquico compuesto por los sistemas inconsciente (Icc), preconscious ($Prcc$) y consciente (Cc), correspondientes a la primera tópica freudiana. Los sistemas Icc y Cc , representados cada uno por un círculo, tienen un área común de intersección que corresponde al sistema $Prcc$. Los tres sistemas se comunican continuamente en ambas direcciones; es decir, una representación inconsciente puede llegar a ser preconscious o susceptible de conciencia, lo que facilitaría posteriormente su acceso a ésta. Inversamente, una representación que se hallaba en la conciencia puede, por su choque con la realidad, hacerse preconscious por un breve lapso y, en virtud de alguna fuerza represora, ser "olvidada" para entrar a formar parte del inconsciente. De acuerdo con Freud, podemos conocer lo inconsciente sólo como consciente, después de que la representación ha



experimentado una trasposición o traducción a lo consciente. En un sentido a la vez descriptivo y sistemático, esto nos habla, desde el punto de vista tópico, de un cambio de registro de dicha representación; desde el punto de vista dinámico hablaríamos de un cambio de estado -es decir, de una mudanza de la investidura- de la misma y, desde el punto de vista económico, de un cambio de significación. Dicha comunicación se halla representada por cuatro pequeñas flechas curvadas, cada una de las cuales indica el paso de las representaciones de un sistema a otro en direcciones opuestas.

En un primer momento, vemos cómo el síntoma, que hemos ubicado tópicamente entre los sistemas *Icc* y *Prcc*, ha sido bordeado con una línea punteada para indicar el momento en la economía psíquica en que todavía no se halla fuertemente constituido, sino que se presenta como algo no determinado que estorba, que molesta, que desequilibra al sujeto, especialmente por no contar con un mecanismo para hacerle frente. No obstante, el sujeto tiene plena conciencia de que existe -pues su realidad psíquica se lo prueba cotidianamente-, de que obstaculiza en parte el curso normal de su vida y sabe también que existe un otro, el terapeuta, que *sabe* cómo hacerle frente. El síntoma constituye aquí, por tanto, la razón por la que el sujeto se decide a buscar ayuda.

En estas circunstancias representamos, además del síntoma, todo el saber inconsciente del sujeto con un *S2*, que crea todas las demás formaciones inconscientes (sueño, lapsus, acto fallido, etc.) y que en la sesión psicoterapéutica apuntan, al igual que el síntoma, hacia el terapeuta que, recordémoslo, *se supone sabe* sobre los mismos.

El terapeuta, entonces, ha sido colocado imaginariamente por el sujeto en el lugar del **S1**, que hemos representado con una gruesa barra en vista de que el mismo adopta dicha posición, interponiéndose como barrera ante el encuentro del sujeto con su objeto. El hecho de que el terapeuta adopte dicha posición, convierte la situación en una terapéutica que deja de lado al objeto **a** -causa del deseo en el sujeto-, que por tanto hemos colocado en el extremo superior izquierdo por fuera del rectángulo, ocupando el lugar del desconocimiento, por parte del terapeuta, de su existencia. Así, en el trabajo que el terapeuta se propone realizar con su paciente, el objeto **a** no tiene cabida.

En un segundo momento, que podemos definir como **imperativo**, vemos representada la respuesta del terapeuta; la misma que nos corrobora su posición como barrera. Por medio de la sugestión, éste envía a su paciente rectificaciones de saber; valga decir, nuevos saberes que son recibidos directamente por el inconsciente sin participación alguna de la conciencia y que, por tanto, cobran las características de dicho sistema; o sea, se convierten en saberes de los cuales el sujeto no puede dar cuenta por más que le ocasionen problemas. Dichas "rectificaciones", por consiguiente, obturan automáticamente el inconsciente tras haberse instalado en él. La razón para que ello ocurra, es que éstas son en realidad una forma de significante de carácter imperativo que se dirige al síntoma exigiéndole su inmediata desaparición; en consecuencia, son significantes que amarran al síntoma, que lo detienen allí mismo donde ha comenzado a manifestarse, en tanto le niegan la posibilidad de expresarse para ser tratado. Así, mientras el terapeuta procura "ordenarle"

que desaparezca, éste se aferra a su necesidad de expresarse pues, como sabemos, está allí para emitir un mensaje. La palabra del terapeuta, entonces, opera como un significante amo que retiene al síntoma en su lugar, además, porque la comunicación que establece con él se da al mismo nivel en que se manifiesta; es decir, a nivel de la conciencia, no de su origen. Justamente, es esta la causa de que se obtenga el resultado contrario que se esperaba del síntoma; o sea, su afianzamiento, no su desaparición. Por este motivo, la línea que bordea al síntoma en este momento aparece resaltada, queriendo indicar con ello que el sujeto, en su afanoso esfuerzo por satisfacer a su terapeuta, por seguir sus indicaciones, ha debido velar las razones inconscientes que lo llevaron a crear su síntoma y, por tanto, éste permanecerá allí, inmodificado en su esencia, tratando de conciliarse con el imperativo que le viene del exterior. El sujeto, entretanto, debido al afianzamiento de su síntoma, se convertirá en el eterno aquejado por él o aún por cualquiera otro que de él se derive o en el que se transforme.

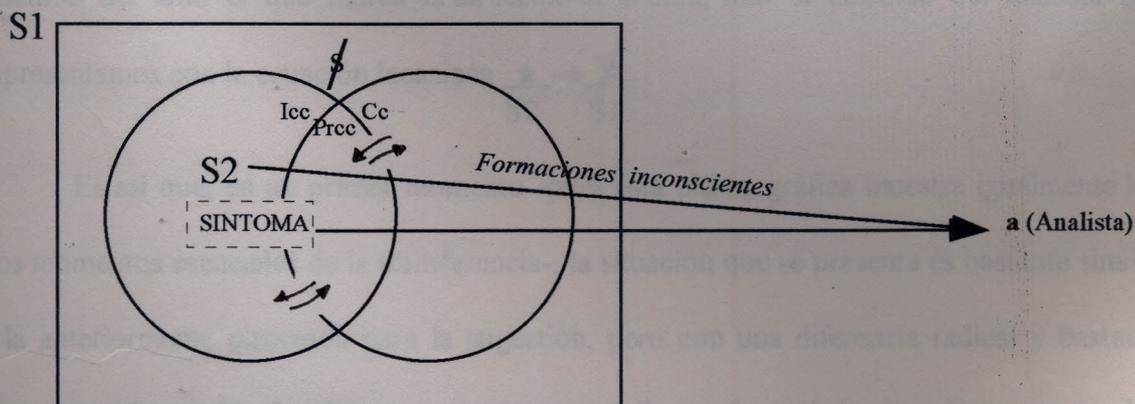
Así las cosas y, haciendo uso de las diferentes ecuaciones con las que Lacan quiso representar los cuatro discursos existentes haciendo variar la posición de cada uno de los significantes que en ellos intervienen, bien podemos atribuir al discurso del terapeuta, en su trabajo con la sugestión, la ecuación que representa el discurso del amo y que hemos colocado al inicio de nuestros esquemas; es decir, $\frac{S1 \rightarrow S2}{\$ \quad a}$

Se trata, así, de un discurso nacido de la voluntad de dominio que busca a toda costa la unidad del sujeto que, por la naturaleza del lenguaje, se halla dividido irremediablemente; un discurso que desconoce al sujeto como constituido a partir de una división estructural.

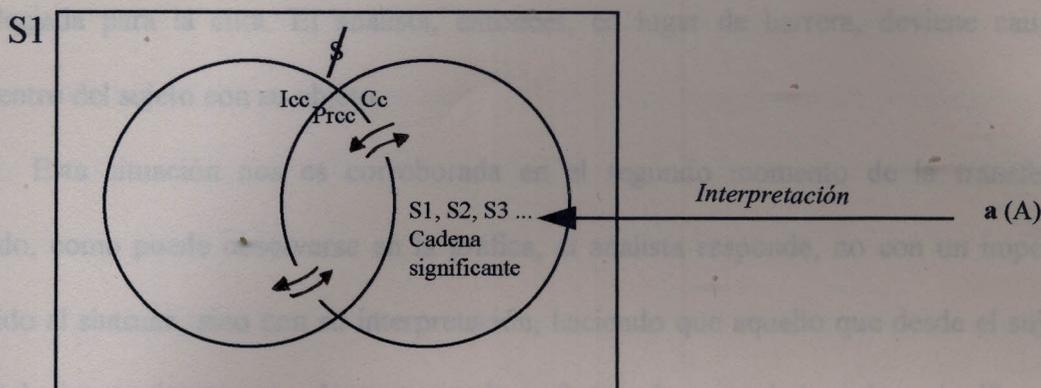
Veamos ahora lo que sucede con la transferencia:

TRANSFERENCIA : $\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$

Primer momento :



Segundo momento : Inversión dialéctica



Lo que primero salta a la vista en estos esquemas es que dos de los significantes que intervienen en la situación inicialmente planteada, el S1 y el *a*, han cambiado sus lugares mostrando con ello una variación importante en la situación clínica. Aquí ya no es el discurso del amo el que marca la dirección de la cura, sino el discurso del analista que representamos con la ecuación lacaniana $\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$

Es así que, en un primer momento -pues ésta última gráfica muestra igualmente los dos momentos esenciales de la transferencia-, la situación que se presenta es bastante similar a la anteriormente planteada para la sugestión, pero con una diferencia radical y bastante notoria: aquí es el S1, significante amo, el que se halla por fuera de la situación en tanto el *a*, objeto causa del deseo en el sujeto, ha sido suplantado por el analista quien, en virtud de su discurso, se ha ofrecido como semblante de ese gran Otro al que el sujeto se dirige y del que



pretende obtener las respuestas a sus interrogantes fundamentales. Por esta razón, el analista hace parte también de ese inconsciente con el que trabaja, ocupando así una posición privilegiada para la cura. El analista, entonces, en lugar de barrera, deviene causa del encuentro del sujeto con su objeto.

Esta situación nos es corroborada en el segundo momento de la transferencia cuando, como puede observarse en la gráfica, el analista responde, no con un imperativo dirigido al síntoma, sino con su interpretación, haciendo que aquello que desde el sujeto le apuntaba inconscientemente, devenga conciente formando parte de la cadena significativa del mismo; en otras palabras, produciendo un significante que completa la cadena allí donde existía una hiancia. Por este mecanismo, la comunicación entre los tres sistemas del aparato psíquico continúa abierta, haciendo posible la prosecución del trabajo. En estas circunstancias la obturación del inconsciente ya no es posible, en tanto éste recibe como respuesta del analista no una sanción, sino, en su lugar, una interpretación que produce una inversión dialéctica. Es esto último lo que define el segundo momento de la transferencia y marca la más radical diferencia entre ella y la sugestión.

Tras la interpretación -que aporta a la cadena significativa del sujeto el elemento que hacía falta-, el inconsciente se abre por otras vías. La nueva significación que a ojos del paciente cobra su descubrimiento, desencadena toda una nueva gama de ocurrencias, de nuevas producciones inconscientes, que darán cuenta de que la interpretación vino en el momento adecuado y de que el inconsciente constituye una cadena infinita de significantes

que en la situación analítica saldrán a flote para ser capturados por el analista y, así, el sujeto pueda conocer los significantes determinantes de su ser. Y mientras esto sucede, el síntoma que aquejaba al enfermo al inicio del tratamiento habrá desaparecido sin dejar rastro y el sujeto habrá adquirido ya un mecanismo -gracias a su experiencia de verificación de su propio inconsciente- para hacerle frente por sí mismo a futuras situaciones difíciles, a futuras molestias sintomáticas.

Es por esto que el discurso que prima en el manejo clínico de la transferencia no es el del amo, sino su opuesto, el del analista. Precisamente, aquel que implica una renuncia a todo posible poder, a todo discurso de dominio. Es por esta renuncia que dicho discurso, tanto como la transferencia, adquieren su estatuto como fundamentos del psicoanálisis.

En el empleo de la sugestión, la verdad inconsciente del sujeto -verdad sobre su irremediable división- queda excluida de la posibilidad de encuentro en tanto el terapeuta mismo, en su lugar de significante amo, la esconde; esconde su propia castración. En la transferencia, en cambio, el discurso del analista en tanto mero semblante de saber muestra, precisamente, que no es el poseedor de la verdad del sujeto, sino que ésta se halla en posesión de sí mismo que es quien debe trabajar por aprehenderla. Así, al poner en evidencia su falta, interroga la falta del sujeto tras lo cual éste producirá los significantes que requiere para acceder a ella. Esta verdad -que Lacan concibe como enigma, como aquello que se dice entre líneas-, constituye la base para que se instaure la búsqueda del S1, significante



constituyente del sujeto, que debe ser el resultado final del análisis. Es, en otras palabras, el significante que le dará la clave de su división.

Bien, este es el punto hasta el cual hemos podido llegar en la explicación de nuestros esquemas. Ahora es preciso ocuparnos de la otra cara de la moneda: no ya del lugar del terapeuta y el analista en la clínica, sino del paciente como aquel hacia quien el trabajo de ambos se halla dirigido.

4.3. EL PACIENTE: ¿SUJETO U OBJETO?

Indagar por este lugar implica, en cierto modo, acudir a los diferentes fundamentos sobre los que se edifican, de un lado el psicoanálisis, de otro la psicología. Sin embargo, se puede intentar dar una idea del mismo *a grosso modo* -en aras de lo que aquí nos ocupa-, sin traer a colación la ya conocida discusión entre ambas disciplinas. No se pretende aquí dar una respuesta positiva o negativa a la pregunta por la científicidad de ambas sino, más bien, presentar los elementos básicos que cada una de ellas plantea para otorgar un lugar específico al paciente en su clínica.

Tenemos así que la psicología, para declararse a sí misma como ciencia y obtener el reconocimiento social que le otorgue dicho estatuto, requiere, como toda ciencia, de un objeto de estudio. Y, en vista de que su campo de desempeño se halla en el terreno de los

procesos psicológicos normales y patológicos en el hombre, no le queda otra opción que postular a éste como tal. Por esta razón, podemos afirmar que todo su saber se halla fundamentado no sólo en el conocimiento y descripción de dichos procesos, sino en la confiabilidad, validez y eficacia -tres de los criterios básicos con que debe contar toda disciplina que aspire a ser ciencia- que han demostrado tener sus tratamientos, en los que claramente se toma al sujeto por objeto, convirtiéndolo en campo de experimentación. La psicología, entonces, elude al sujeto en su esencia desconociendo el origen de su subjetividad, teniéndolo presente sólo como objeto.

En toda ciencia, la técnica es esencialmente un esfuerzo por crear un acuerdo entre sus profesionales; en el área de las ciencias sociales, equivale al intento de crear un acto estándar que procure la homogenización del acto humano. Es ésta una ética que rige también para la psicología. Podríamos decir, un intento de homogenización del goce, de consecución de la armonía: ética de la igualdad, del bien. Bajo esta premisa, la psicología trabaja a nivel de la conciencia intentando instaurar en ella esquemas de comportamiento socialmente aceptables. En ello, la sugestión opera como el recurso primordial para la obtención de un individuo adaptado a la sociedad, que responda, como se espera de todos, con un comportamiento adecuado, irreprochable. Se busca la *unificación* del individuo y que, con ella, éste se haga socialmente productivo y coopere en el engranaje de una sociedad cada vez mejor. Se espera, en otros términos, que se asemeje a todos los individuos "normales", excluyendo de ello su particularidad; la misma que Lacan denominó objeto a.

En todo esto se encuentra la explicación al hecho de que falle siempre el intento de la psicología.

No sucede igual con el psicoanálisis, al que no le interesa declararse ciencia ni obtener algún reconocimiento social y, por tanto, toma al sujeto como tal y no por objeto. Lo toma por un sujeto de derecho, es decir, por un sujeto responsable de lo que dice y hace. En otras palabras, por un sujeto de la enunciación y no del enunciado. Es por esto que el psicoanálisis se define, no como una ciencia, sino como un saber sobre el sujeto del inconsciente; no es un método, sino una experiencia con el inconsciente. Aquí, la ética que rige el acto del analista no es la ética del bien sino la del deseo, que busca que el sujeto asuma los significantes de su división. No es una ética que busque la homogenización del acto humano, y de allí que el analista deba esforzarse por esquivar todo formalismo práctico e inventar su forma de intervenir en el caso por caso.

Si el psicoanálisis no constituye una ciencia es, justamente, porque el sujeto como su "objeto" de estudio escapa a la ciencia. Esta lo forcluye, lo acalla. Además, los resultados que produce el psicoanálisis -la verificación hecha por el sujeto de la existencia del inconsciente- no son cuantificables, pues el sujeto del inconsciente no es codificable.

En lo que a la ciencia -y por tanto a la psicología- respecta, el síntoma es aquel signo que puede leerse en el organismo; un signo objetivable, es decir, cuantificable y transmisible. No es un síntoma del sujeto, sino del organismo o del yo. Para el psicoanálisis, en cambio, el síntoma que aqueja al sujeto es analítico en tanto lo compromete en su ser y lo empuja a la



búsqueda de respuestas a su padecimiento. En otras palabras, el síntoma es subjetivo y, como tal, debe ser abordado desde este nivel.

Según esto, definir si el paciente que acude a un terapeuta en busca de ayuda es tenido en la clínica por objeto o sujeto, depende del tipo de terapia al que se someta. Depende, por tanto, de la posición que el terapeuta adopte en su clínica. Sin embargo, es importante considerar lo aquí anotado en el caso de la sugestión -empleada por la psicología-, como señal de alerta acerca de los inconvenientes que ello puede causar. En este sentido, la propuesta que se halla contenida en este trabajo apunta, no a psicologizar el psicoanálisis ni a psicoanalizar la psicología, sino a establecer un tratamiento que preserve de todo posible atsigamiento la autonomía y el deseo del sujeto, especialmente por ser él el objetivo al cual apunta todo nuestro esfuerzo ético por hallar un punto de equilibrio en la práctica psicológica, para aquellos a quienes resulta imposible omitir en su clínica la existencia del inconsciente.

Resumiendo, si bien tanto la sugestión como la transferencia plantean al inicio de sus tratamientos una situación clínica en la que el sujeto necesariamente ha de suponer en el otro al cual se dirige, en este caso al terapeuta, un saber, compartiendo así el mismo nivel de idealización que lo coloca en la posición de ser el portador de una verdad determinante de su ser -verdad en el ámbito de la cura-, su diferencia radica en la posición que cada uno de ellos, terapeuta y/o analista -como lo mencionamos hace un momento-, adopte en la clínica; esto es, si han de ofrecerse al paciente como encarnación de ese saber o simplemente como



semblante de él, lo que marca un precedente definitivo en la dirección de la cura, pues, es esto último, el deseo de ese otro a quien el sujeto se dirige en primera instancia, lo que crea la diferencia a nivel de la praxis.

Ahora, luego de haber expuesto los argumentos básicos en cuanto a la diferenciación de ambos conceptos -sugestión y transferencia-, intentemos concluir nuestro trabajo recordando de principio a fin, desde su contenido, los elementos que nos dan derecho a asegurar que la transferencia no es sugestión.



CONCLUSIONES

Desde los tiempos prehoméricos hasta nuestros días, la palabra ha sido tenida no sólo por instrumento de comunicación entre los hombres, sino también por herramienta curativa. Durante varios siglos, la medicina -que obraba por medio de la palabra-, constituyó la forma más acabada del pensamiento griego. La relación del hombre con su mente y su cuerpo -concebidos separadamente- así como con la naturaleza, requería de ser explicada científicamente. La medicina, entonces, surgió como un saber que procuraba dicha explicación. Entre todas sus prácticas terapéuticas, la palabra ocupó un lugar privilegiado. Si bien la enfermedad fue concebida siempre como un algo perturbador proveniente del exterior, la palabra, desde este mismo lugar, mostró tener el poder de aliviar el padecimiento humano a todos los niveles.

Así, desde los tiempos de Homero, las enfermedades de tipo *traumático* (consecuencia inmediata de una violencia material visible), *punitivo* (castigo proveniente de los dioses), *ambiental* (de causa natural -sol, aire, lluvia- externa y no traumática) o *demoníaco* (posesión de un hombre por un *daimon* {demonio}), fueron tratadas por medio de la palabra bajo tres modos radicalmente distintos entre sí: la *plegaria* (*eukhé*), el *ensalmo*

mágico (*epaoidé*) y el decir sugestivo o placentero (*terpnós logos*), cuya eficacia fue atribuida al carácter natural de la palabra. La fuerza de esta última forma cobró tal magnitud, que se la consideró incluso como medio de transformación de la realidad entera del hombre sobre el que actúa, de su *physis*. A falta de una explicación racional de su operación y, dado que el pensamiento griego se inclinó siempre por atribuir a causas externas tanto la enfermedad como el alivio, la palabra fue rodeada de un halo mágico y nombrada, por tanto, como *epodé* "ensalmo" o *thelkterion* "hechizo", gracias a su poder curativo. Sin embargo, Platón logra un avance importante en este sentido al considerar la existencia de la *sophrosyne* -templanza y aquietamiento del alma humana, "bella, armoniosa y justa ordenación de las creencias, sentimientos, impulsos, saberes, pensamientos y estimaciones del hombre"- cuya principal manifestación fue el hecho de que el enfermo fuese capaz de ofrecerse, de *presentar* su alma ante el orador para ser influido por él.

La *sophrosyne*, entonces, surgió como complemento de la eficacia de la palabra en tanto comprometía la *voluntad* del enfermo en el tratamiento. Era, por tanto, condición necesaria para la sana operación de la *epodé*. El proceso mediante el cual la palabra, el *logos*, conseguía reordenar la *sophrosyne* del enfermo, recibió de Platón el nombre de *kátharsis*. Fue esta situación, justamente, la que abonó el terreno para el nacimiento de la llamada **psicoterapia verbal** que, con Aristóteles, cobró cuerpo a nivel de técnica. Con esto último se resaltaban ya los efectos psicológicos producidos por la palabra que, para que así fuese, debía ser "bella"; sólo así lograría *persuadir* al enfermo para que abandonase su

padecimiento. Claro está, debía cumplir también con otros requisitos como: provenir de un orador apto para ello, es decir, que fuese prestigioso tanto natural, moral y técnicamente; esto es, que tuviese una excelente capacidad de elocución, prudencia y dominio de la materia de la cual se tratase. Pero la sana operación de la *epodé* no dependía sólo de estos factores, sino también y, principalmente, de la posición subjetiva del oyente, definible a partir de tres distintos momentos psicológicos: su **carácter** (*ethos*) -en el que se funden naturaleza (*physis*) y educación (*paideia*)-, su **disposición** (*diáthesis*) -es decir, la naturaleza de la enfermedad- y la **oportunidad** (*kairós*) -que puede entenderse como el ocasional estado de ánimo del oyente en ese momento, manifiesto tras la *presentación* de su alma-. De esta manera estaban dadas las condiciones para la eficacia de la *epodé*.

Podemos afirmar entonces que el empleo efectivo de la palabra terapéutica en la Grecia Antigua tuvo sus raíces en el fenómeno de la *sugestión*, como facilitadora del influjo (persuasión) que el orador podía ejercer sobre el enfermo. Por hallarse en un registro meramente imaginario, la concepción griega de la enfermedad y de la curación por medio de la palabra sirvió de base a la aplicabilidad médica de la misma. Tras la *presentación* de su alma, el enfermo, en calidad de creyente -valga decir, bajo el imperio de la *autosugestión*-, adoptó frente al orador una posición subjetiva que lo hizo especialmente vulnerable al influjo sugestivo que se ejercía sobre él. Así, bajo todas las formas de tratamiento existentes en aquel entonces, la sugestión obró sobre el cuerpo enfermo al mismo nivel de los medicamentos. Y si esto fue posible, no fue sólo gracias a la aptitudes naturales del orador

para el ejercicio del *logos* ni al poder natural del mismo, sino principalmente a la capacidad de *autosugestión* que el enfermo poseyera. La misma que Bernheim nombraría, cientos de años después, como *sugestibilidad*.

Ahora, si la *sugestión* se define como la influencia de un hombre sobre otro por medio de la palabra aprovechando el establecimiento de una previa empatía entre ambos, la *autosugestión* puede definirse como la capacidad de un hombre de influirse a sí mismo, en aras de condicionar su mente y su cuerpo para que sea posible la efectividad de posteriores influjos provenientes del exterior.

Fue esta, a grandes rasgos, la situación de la cura por la palabra en la Antigüedad. Posteriormente, ya a finales del siglo XVIII, el empleo de la palabra en la cura médica alcanzó una mayor importancia por constituir el elemento esencial de la sugestión hipnótica. La hipnosis, como técnica de tratamiento, la empleó como forma imperativa para exigir la inmediata desaparición del síntoma. Aquí no se trató tanto de persuadir, cuanto de proferir un mandato durante el estado alterado de conciencia previamente obtenido del enfermo tras su relajación, para que éste cambiase su síntoma por un "comportamiento normal". Con ello, lo único que se conseguía era instaurar la dimensión del olvido, pues se imponía al enfermo la idea de "otro estado de cosas", un "estado normal", ficticio, con el que debía sustituir el recuerdo de su experiencia psíquica real; la misma que, en un momento anterior, fuese ocasionadora del síntoma. De esta manera, el "nuevo estado de cosas", la *nueva representación*, se instalaba en la conciencia del sujeto durante su estado alterado y, al

despertar, se esperaba que éste hubiese “olvidado” su experiencia real -la representación que se hallaba en el origen del síntoma- y, así, superado su padecimiento. Entretanto, aquello “olvidado” -la *representación reprimida*- no dejaba de existir por haber sido desalojado de su lugar; antes bien, en la medida en que, para su resolución exigía ser tramitada de otra manera, valga decir, por medio de su verbalización, de su exteriorización conciente, no podía menos que buscar otro lugar para albergarse hasta que dicha tramitación fuese posible. Aquel lugar, inaccesible todavía para el conocimiento médico de la época, era el *inconsciente*. En otras palabras, al ser desalojada de su lugar por medio de la palabra *imperativa*, la representación ocasionadora del síntoma continuaba existiendo como tal dentro del aparato psíquico, pues la sugestión no la hacía desaparecer sino, más bien, mudarse a otro lugar para reaparecer luego o transformarse en otro síntoma.

Dicha situación se convirtió, para Freud, en la causa para su abandono de la sugestión; de la palabra imperativa propia de la hipnosis, que sería reemplazada posteriormente con la verbalización procedente del enfermo, propuesta por el método catártico de Breuer. Dicha renuncia, en Freud, puso en evidencia razones de orden teórico, práctico y ético, ineludibles a raíz de su descubrimiento del inconsciente. Fue este mismo descubrimiento el que lo obligó a considerar un nuevo estatuto de la palabra como reveladora de un saber contenido en él; saber que se hacía manifiesto por medio del lapsus, del acto fallido, del olvido y aún del silencio. Si la sugestión imponía una manera de obrar sobre la enfermedad desde el exterior como única posibilidad de cura, Freud debía inventar

otra forma de obrar sobre ella desde este mismo lugar -lugar obligado- pero con plena participación del inconsciente; es decir, con la participación no sólo del exterior, sino también del interior del sujeto.

En este estado de cosas, la verbalización de este último fue, sin más, el mejor recurso para conocer la esencia de la enfermedad, para acceder a su mecanismo, a su génesis. Con ello, los problemas presentados por el síntoma mediante el empleo de la hipnosis perderían todo su fundamento en tanto se estaría dando al sujeto la posibilidad de exteriorizar verbalmente la representación que lo producía. Fue esta última situación, por demás, la que ocasionó un cambio importante en la concepción de la cura, entendida como la liberación de afectos ligados a representaciones reprimidas, valga decir, su abreacción, mediante la simbolización. En ella, la dualidad mente-cuerpo comenzaba a desaparecer, para dar cabida a la psicósomática como una explicación más acertada al fenómeno de la enfermedad. A lo psíquico, desde este momento, le fue reconocida su fuerte influencia sobre el cuerpo, con lo que comenzó a concebirse a ambos como inseparables.

Durante el tiempo en que empleó dicho método, Freud pudo percibir, además del surgimiento involuntario de representaciones reprimidas en la verbalización del sujeto, el surgimiento de manifestaciones afectivas dirigidas a él. Dicha situación dio pie para que se estableciera, posteriormente, el concepto de transferencia. Esta, explicada inicialmente como el *traspaso inconsciente que el sujeto hace a la persona del médico de las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis*, es decir, como la

transferencia del síntoma desde lo inconsciente al dispositivo analítico, surgió como pivote del trabajo de análisis pues, por su mediación, fue posible el acceso al inconsciente del enfermo, cosa que la sugestión hipnótica nunca pudo conseguir. El analista, entonces, pudo hacerse partícipe y testigo de la existencia del inconsciente, al que penetró como una de sus formaciones. Así, su situación privilegiada le permitió influir sobre el curso de las representaciones inconscientes del sujeto desde el momento mismo de su conformación.

Bajo los efectos transferenciales presentes en el dispositivo, el analista, como formación inconsciente, cobró mayor poder para dirigir la cura no ya desde fuera, sino desde dentro. Con esto, podemos afirmar que la influencia ejercida por la transferencia dista enormemente de equivaler a la ejercida por la sugestión; pues mientras en la primera el analista opera desde dentro, en la segunda, el psicoterapeuta lo hace desde fuera; es decir, mientras el primero indaga por la pulsión, su circuito y su función, el segundo busca cerrar definitivamente el circuito pulsional sin indagar al menos por su función. Por esta razón, se afirma que la transferencia permite la puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente, con lo que se entiende por qué una de sus primeras manifestaciones es el "amor" que el sujeto dirige al analista y que, generalmente, se convierte en una fuerte resistencia a la cura. No obstante, no puede olvidarse que, inicialmente, la transferencia obedece a su *carácter natural*, ya que es susceptible de producirse en cualquier ámbito donde medie la palabra como canal de interrelación entre los hombres siendo, por tanto, un efecto de la comunicación. Puede afirmarse entonces que su ocasionamiento no es exclusivo de la



clínica psicoanalítica, pero sí ha sido formalizada por ella como uno de sus conceptos fundamentales. Para ello, la transferencia dejó de ser tenida por un simple fenómeno y fue estructurada por Lacan a partir del Sujeto Supuesto al Saber, con lo que consigue diferenciarse radicalmente de la sugestión.

Dicha noción -la del Sujeto Supuesto al Saber-, ha sido ubicada por Lacan en la base de todo trabajo de análisis haciendo depender de ella su efectividad, y apunta a esclarecer la posición del analista en la clínica -la cual se opone de manera antagónica a la del psicólogo- no como la encarnación del saber que le es supuesto, sino como mero semblante del mismo. Posición que permite, principalmente, que el sujeto mismo se interrogue sobre los significantes que lo determinan, o sea, sobre la verdad de su inconsciente. Así, podemos decir que el analista, en el empleo de la transferencia, otorga la más absoluta credibilidad a la existencia del inconsciente, el cual es enteramente desconocido en el empleo de la sugestión. Por su mecanismo de operación, a nivel de la conciencia, niega al sujeto la posibilidad de vivir la experiencia de su inconsciente y otorga al síntoma y a la enfermedad, el derecho de propiedad sobre el lugar que ocupan dentro del psiquismo. Esto, porque el síntoma como evidencia de la enfermedad y gracias a su evasivo mecanismo de operación, escapa al influjo sugestivo convirtiéndose en un problema mayor. De esta manera, la cura por la sugestión se edifica sobre la habilidad del psicólogo en el ejercicio del poder que se ejerce con la palabra, así como en su habilidad para el manejo de las relaciones interpersonales con sus pacientes, todo en el plano imaginario. Mediante la transferencia, en cambio, la cura hace su aparición

como consecuencia de que al inconsciente le sea permitido desplegarse al exterior a través de la verbalización del sujeto, cabe decir, de que le sea permitido manifestarse ante la conciencia por medio de la simbolización.

Aquí, obviamente, ya no hablamos del método catártico, sino de una práctica diferente en la que las manifestaciones afectivas del paciente tienen cabida también dentro de su discurso y son, igualmente, objeto de análisis. La transferencia, entonces, posibilita el encuentro del sujeto con los significantes de su ser. Esto se logra, fundamentalmente, gracias a la *interpretación* del analista que, en la situación, cobra el valor de un acto revelador que obliga al sujeto a modificarse, a rectificar su posición; o en caso contrario, a asumir las consecuencias de su goce. Esta "rectificación" es también parte integral de la cura analítica, además de la ya mencionada resolución del síntoma.

La interpretación, para ser efectiva, requería de la presencia de la transferencia en su vertiente positiva y del ejercicio de la palabra por el paciente bajo la forma de *asociación libre*, pues todo parecía indicar que el éxito del tratamiento dependía por entero de la posibilidad de verbalización del mismo, a partir de la cual el terapeuta podía colegir los nexos causales de su síntoma y de su enfermedad, así como ingeniarse la mejor manera de intervenir en cada caso, en lo que a la dirección de la cura respecta.

La asociación libre tenía el poder de producir la "ampliación de la conciencia" propia del estado hipnótico, que posibilitaba en el enfermo la emergencia de una vasta cadena de representaciones (recuerdos, pensamientos e impulsos cargados de afecto) ausentes de su

conciencia en estado normal. Se presentaban como “pensamientos involuntarios” que el enfermo no tenía planeado nombrar y que, por tanto, le sorprendían, pues ponían en evidencia la existencia de unos procesos psíquicos sofocados (reprimidos). En esto, la *regla fundamental del psicoanálisis* como la invitación que el analista dirige al sujeto para que diga libremente todo cuanto pase por su cabeza sin previa crítica ni censura, surge como preámbulo de la asociación libre y como garantía de que todo cuanto sea dicho por él, aún cuando parezca que no dice nada, siempre dirá algo relacionado con la verdad de su inconsciente. Este algo es lo que el analista le hará saber con su interpretación. Además, la regla fundamental apunta también a vencer las resistencias que en el intento del sujeto de decir libremente, se interponen. Con todo esto, las ocurrencias del enfermo se convierten en un método de asociación de ideas útil para el conocimiento de las fuerzas psíquicas que comandan la enfermedad, principalmente, porque dichas ocurrencias demuestran mantener un vínculo innegable con el material psíquico reprimido, causante de la misma. Es aquí donde la interpretación del analista se ofrece como técnica de traducción, de decodificación de los contenidos inconscientes que, al organizarse bajo una cadena significativa, hablan sobre ese saber que determina al sujeto.

Así, la transferencia estructurada a partir del Sujeto Supuesto al Saber, la regla fundamental que invita a la asociación libre y la interpretación, constituyen los pilares esenciales de una disciplina que hoy conocemos como psicoanálisis.



Lo que el nacimiento del psicoanálisis viene a cuestionar al interior de la psicoterapia tradicional, es la conveniencia de que, en su clínica, el terapeuta ocupe imaginariamente el lugar del S1, del amo, pues con ello lo único que se consigue es proponer al paciente la lucha por los ideales y prometerle, a partir de dicha situación, su "salud mental". Es decir, trabajar sólo con el registro imaginario y sus consabidas consecuencias.

En realidad, lo que el tema de la sugestión y la transferencia pone en evidencia, es el lugar que se asigna tanto al paciente como al terapeuta, en dos disciplinas cuya escisión es epistemológica: La psicología y el psicoanálisis. Sin el afán de cuestionar los fundamentos epistemológicos de cada una de ellas, durante el recorrido de este trabajo ha sido posible diferenciar ambos conceptos tanto en su estructura, como en su función. Es así que, en el primero de estos aspectos, hemos encontrado que la transferencia se halla estructurada por el Sujeto Supuesto al Saber, lo que le da su condición de facilitadora del trabajo y otorga al analista el privilegio de formar parte de esos contenidos inconscientes que se espera poner al descubierto. Es esta última, por demás, su función. En cuanto a la sugestión, descubrimos que se haya estructurada como un discurso de dominio y fundamentada, principalmente -tras la aparición de una transferencia inicial entendida como la empatía mutua entre el terapeuta y su paciente-, en la habilidad del primero para el manejo de la palabra y de su poder natural; en cuanto a su función, diremos que se halla referida al logro de hacer desaparecer el síntoma como fenómeno y de provocar en el paciente un estado de "obediencia" mediante el

cual será posible obtener de él, posteriormente, cada uno de los objetivos que se propone la terapia.

En suma, la transferencia, como concepto psicoanalítico, sólo es separable de la sugestión a condición de que, en la interpretación, el analista renuncie al poder que desde la posición del sujeto le es otorgado desde el principio; es decir, al lugar del S1. Aquí, el deseo del analista -que Lacan hace equivaler a *su interpretación*- crea la línea divisoria, el mayor límite posible entre la sugestión y la transferencia a nivel teórico, práctico y ético, permitiendo hacer la distinción clínica de ésta última como un **no** rotundo a la sugestión.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- FREUD, Sigmund. *Prólogo a la traducción de H. Bernheim, De la Suggestion* (1.888-9), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. I, pp.15.
- _____. *Reseña de August Forel, Der Hypnotismus* (1.889), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 16.
- _____. *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* (1.890), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 22.
- _____. *Hipnosis* (1.891), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 14.
- _____. *Un caso de curación por hipnosis* (1.892-3), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 16.
- _____. *Manuscrito H* (1.895), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 7.
- _____. *Estudios sobre la histeria* (1.893-5), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. II, pp. 310.
- _____. *Las neuropsicosis de defensa* (1.894), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. III, pp. 21.
- _____. *La interpretación de los sueños* (1.900), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. V, pp. 707.
- _____. *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1.905 [1.901]), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. VII, pp. 98.
- _____. *Tres ensayos de teoría sexual* (1.905), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. VII, pp. 114.

- _____. *El método psicoanalítico de Freud* (1.904 [1.903]), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. VII, pp. 10.
- _____. *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1909), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. X, pp. 118.
- _____. *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1.911), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XII, pp. 16.
- _____. *Sobre la dinámica de la transferencia* (1.912), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XII, pp. 14.
- _____. *Sobre los tipos de contracción de neurosis* (1.912), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XII, pp. 14.
- _____. *Sobre la iniciación del tratamiento* (1.913), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XII, pp. 24.
- _____. *Introducción del narcisismo* (1.914), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, pp. 34.
- _____. *Recordar, repetir y reelaborar* (1.914), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XII, pp. 14.
- _____. *Lo inconsciente* (1.915), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XIV, pp. 49.
- _____. *Pulsiones y destinos de pulsión* (1.915), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XIV, pp. 30.
- _____. *La transferencia. 27ª Conferencia* (1.916), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XVI, pp. 14.
- _____. *La terapia analítica. 28ª Conferencia* (1.916-7), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XVI, pp. 33.
- _____. *Psicología de las masas y análisis del yo.* (1.921), Obras Completas, Buenos Aires : Amorrortu, 1.976, vol. XVIII, pp. 65.

- _____. *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" "Teoría de la libido"* (1.923 [1.922]), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XVIII, pp. 28.
- _____. *Presentación autobiográfica* (1.925-6), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XX, pp. 70.
- _____. *Inhibición, síntoma y angustia* (1.926), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. XX, pp. 93.
- INGENIEROS, José. *Histeria y sugestión*, Buenos Aires: J. L. Rosso, 1.904, pp. 350.
- LACAN, Jacques. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Seminario XI, Buenos Aires: Paidós, 1.973, pp. 290.
- LAIN ENTRALGO, P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Barcelona: Anthropos, 1.987, pp. 285.
- MILLER, Jacques-Alain. *Recorrido de Lacan*, Buenos Aires: Manantial, 1.991, pp. 160.
- SOLER, Colette. *Transferencia e interpretación*, Seminario del Primer Encuentro del Campo Freudiano en Colombia, 1.989, Medellín: FFM, 1.992, pp. 82.
- STOKVIS, Berthold. *Técnicas relajadoras y de sugestión*, Barcelona: Herder S.A., 1.977, pp. 400.
- STRACHEY, James. Su *Apéndice A* a FREUD, S. *Proyecto de psicología*. (1.950 [1.895]), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 118.
- _____. Su nota introductoria a FREUD, S. *La interpretación de los sueños*. (1.900 [1.899]), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. IV, pp. 707.
- _____. Su nota introductoria a FREUD, S. *Trabajos sobre hipnosis y sugestión*. (1.888-92), Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1.976, vol. I, pp. 10.
- TROBAS, Guy. *Un problema planteado por la lógica del descubrimiento de la transferencia*. En: Revista Disparatorio, Medellín: Cadena S. A., febrero de 1.993, N° 4, pp. 107.

