

Avatares del concepto de transferencia en la obra freudiana. Los alcances de la experiencia analítica

*Vicissitudes of the concept of transference in Freud's Works.
The scope of analytical experience*

Por Florencia González¹

RESUMEN

La prevalencia de modos de padecimiento que no se ordenan bajo la lógica del retorno de lo reprimido y que parecen refractarios al ingreso al dispositivo analítico tradicional, introducen la pregunta por los alcances del psicoanálisis. Este interrogante nos conduce de lleno a la revisión del concepto de transferencia. En este trabajo lo abordaremos tal como ha sido planteado en la obra freudiana. Describiremos los avatares del concepto, contextualizando sus modificaciones y abordaremos, a partir de estos desarrollos, la pregunta planteada al inicio.

Palabras clave: Transferencia - Freud - Segunda tópic - Síntoma

ABSTRACT

The prevalence of modes suffering that are not sorted under the logic of the return of the repressed and appear refractory to traditional analysis, poses a question on the scope of psychoanalysis. This question leads us squarely to the revision of the concept of transference. In this article we will address it as it has been outlined in Freud's work. We will describe the vicissitudes of the concept, contextualizing its amendments and then we will address, based on these developments, the question posed at the beginning.

Keywords: Transference - Freud - Second topic - Symptom

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Licenciada en Psicología. Becaria de Maestría UBACyT. Docente en las asignaturas "Psicoanálisis: Freud" Cátedra. II (UBA) y "Freud I" Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, (UCES). E-Mail: florenciagonzalez@gmail.com

Introducción

La transferencia constituye uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, ubicándose desde su formalización como el pivote y la condición de la experiencia analítica.

Sin embargo, la prevalencia de modos de padecimiento que no se ordenan a partir de la lógica de las formaciones del inconciente y el retorno de lo reprimido, ha llevado a algunos analistas a cuestionar la posibilidad de instauración de la transferencia en estos casos. Allí donde el encuentro con estos modos de presentación que no se organizan de forma compatible con el dispositivo tradicional abre un interrogante sobre los alcances terapéuticos del psicoanálisis, la respuesta ha sido, en muchos casos, la exclusión de estos fenómenos del campo de pertinencia de nuestra disciplina.

En otros, si bien se los incluye en el ámbito del psicoanálisis, se los escinde del campo de la transferencia. Para situar un ejemplo de esto, tomemos a Massimo Recalcati. En su famoso libro *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis* distingue lo que denomina “clínica del vacío” de la “clínica de la falta”. Enlazará la primera a la proliferación de lo que caracteriza como “nuevos síntomas”, a los que atribuye un estatuto social. Con esta categoría hace referencia a los modos de presentación del padecimiento a los que hicimos alusión anteriormente, en los que los síntomas no se definen a partir de su carácter metafórico. De esto, a lo que clasifica como una clínica con estatuto propio, dirá:

“La clínica del vacío es una clínica del antiamor, es una clínica de la ausencia de transferencia en el sentido radical.” (Recalcati, 2003. P 14).

Consideramos que estas posiciones denotan modos particulares de entender la transferencia. En la medida en que el recorte que se realiza del concepto impacta en forma directa sobre el modo de entender la dirección y los alcances de la cura, creemos imprescindible interrogar a qué llamamos transferencia.

Por este motivo nos proponemos en este escrito revisar el concepto, tal como ha sido abordado particularmente en la obra freudiana, para poder situar los diversos modos en los que ha sido caracterizado a lo largo de ella.

Ésta última afirmación ya supone una toma de posición que es necesario aclarar: consideramos que han habido diversas formulaciones del concepto de transferencia y que ellas han obedecido a los interrogantes clínicos con los que nuestro autor se ha topado en distintos momentos de su obra. En este sentido, la formalización del concepto responde, cada vez, a los obstáculos presentes en la cura.

Para llevar a cabo nuestra tarea, realizaremos un recorrido por los avatares de la transferencia en la obra freudiana, ubicando cada afirmación en su contexto teórico y finalizaremos con algunas reflexiones sobre la pregunta inicial.

Sobre la transferencia en Freud. La cura en los inicios y el lugar del analista

Muy tempranamente en su obra, Freud se interroga por los efectos de la presencia del médico en el dispositivo a partir del que se realiza la cura. En las épocas iniciales, de sociedad con Breuer, señala un efecto particular de la hipnosis, al que caracteriza como un “enrarecimiento” de la relación con el médico. Sin duda, las apasionadas declaraciones amorosas de Anna O a su compañero de tareas ocuparon un lugar privilegiado en esta reflexión freudiana. Sin embargo, él afirma que este fenómeno es consecuencia de la sugestión y, por ende, inherente al método desde el que se conduce la cura. Advierte, también, sobre el peligro de “adicción” de los pacientes a la hipnosis. En este momento de su obra, la respuesta de Freud a estos problemas es alejarse del método utilizado por Breuer. Pero este movimiento se sostenía del rechazo a la hipótesis sobre la producción de síntoma de la que aquél se derivaba.

Es así que Freud propone un nuevo modo de conceptualizar la formación de síntomas: éstos serán producto de la operación de la defensa, a la que ubica como un mecanismo del yo (aunque inconciente) y que cobra el valor de una respuesta de parte del neurótico ante el conflicto psíquico. De este modo, el lugar del paciente se modifica completamente. Para Breuer la enfermedad era consecuencia de un misterioso cambio de estado de la conciencia al que, por supuesto, denominará hipnoide y en el que el neurótico no tiene participación alguna. Al introducir el concepto de defensa y darle un estatuto de respuesta, Freud ubicará del lado del paciente la responsabilidad por su síntoma. Es por eso que la hipnosis se torna innecesaria e incompatible con este nuevo modo de pensar la neurosis. Esto no implica que Freud renuncie inmediatamente a los encantos de la sugestión. Si bien invita al paciente a hablar de aquello que no sabe que sabe, con la confianza de que a partir de ese discurso podrá dar cuenta del síntoma, ante las detenciones en el relato apelará al recurso de la presión sobre la frente. El objetivo, en esta instancia, es acceder al inconciente y para ello serán necesarios, a veces, ciertos trucos.

De todos modos, aún cuando conserve ciertos vicios del antiguo método, vemos cómo el cambio en el modo de pensar al síntoma lo conduce inevitablemente a un cambio en el dispositivo clínico.

El valor de las resistencias

Aparecen ahora en primer plano las resistencias. La cura, para Freud, se realiza en contra de unas resistencias que se presentan en momentos claves y que son testimonio de la represión. Este elemento novedoso, que no cobraba mayor relevancia en la hipnosis, se vuelve central y será el que le permitirá, años más tarde, formalizar el concepto de transferencia. Y ya en este momento, aún cuando la terapéutica sigue conservando visos del método catártico, el eje comienza a desplazarse.

“La terapia no consiste entonces en extirpar algo (...) sino en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado” (Freud, 1983-1985, p. 296).

Por otro lado, a partir de las resistencias se anticipa, como señalamos, el lugar de la transferencia. Freud advierte que la presión sobre la frente es una técnica que puede fracasar. Entre los posibles motivos de este fracaso aísla un caso particular en el que “el vínculo con el médico se ve perturbado” y aclara que este “significa el más enojoso obstáculo con el que se pueda tropezar”. Señala ya la expectativa, de parte del paciente, de “ser recompensado mediante algún subrogado del amor” por parte del analista. Ante esta expectativa sugiere responder con “amistosa tolerancia”. (Freud, 1983-5, p. 305/6).

Encontramos ya balizado el territorio para la construcción del concepto de transferencia. Sin embargo, hasta 1912 no será formalizado. Si bien no es posible saber con certeza los motivos de esa demora, podemos realizar cierta hipótesis respecto del valor que cobra en el contexto teórico en el que surge.

Formalización del concepto de transferencia

Hasta este momento el campo de aplicabilidad del psicoanálisis estaba delimitado a partir de la angustia. Si el síntoma neurótico era efecto de la operación de un mecanismo psíquico, la angustia era definida por Freud como un fenómeno de tipo somático: era consecuencia de una excitación física que, habiendo alcanzado cierto umbral, no logra transponerse al ámbito psíquico. De este modo, se convierte en el modelo de lo actual. A diferencia del síntoma neurótico, la angustia no tiene historia. En este sentido, la cura por la palabra se muestra inapropiada para su tratamiento y aplicable de modo exclusivo para la cura de síntomas causados por la defensa.

Sin embargo, con el correr de los años y el avance en las teorizaciones, la angustia pasa a reclamar su lugar en lo psíquico, siendo ubicada en 1914 como un destino posible del monto de afecto tras la represión. No olvidemos que, ya en *La interpretación de los sueños* había incluido a los sueños de angustia en su tesis sobre los sueños, contradiciendo a todas luces su propia conceptualización del fenómeno. Este movimiento, que no tiene un correlato inmediato en la teoría, prepara el terreno para el cuestionamiento de la demarcación del territorio del psicoanálisis tal como había sido planteada.

Es así que la introducción del concepto de transferencia en 1912 permite utilizar otros parámetros para delimitar el campo de eficacia de la cura psicoanalítica. De este modo la oposición entre neurosis actuales y neuropsicosis pasa a ser reemplazada por la oposición entre neurosis narcisistas y neurosis de transferencia.

Es así como la transferencia surge de la mano de un cambio nosológico. Es quizás por este motivo que se tiende a homologarla a la neurosis de transferencia. Sin embargo, en esta superposición, se pierden de vista

algunas cuestiones. Principalmente, el doble sentido de la figura de la neurosis de transferencia que nomina por un lado a un fenómeno clínico y, por otro, un cuadro nosológico. En tanto fenómeno permite delimitar el campo de la clínica analítica de un modo novedoso y más pertinente con los desarrollos teóricos de la metapsicología. En tanto clasificación nosológica (que, por supuesto, se deriva de lo anterior) agrupa los cuadros en los que el fenómeno puede darse. Se opone, de esta manera, a las neurosis narcisistas, caracterizadas por su incapacidad para el establecimiento de la transferencia. Observemos que esta clasificación psicopatológica binaria obedece menos a un afán de exhaustividad que a un intento de definir el ámbito en el que la experiencia del análisis es posible. Por este motivo, tanto las neurosis de transferencia como las narcisistas engloban diversos cuadros. Las primeras nominan a las histerias de conversión y neurosis obsesivas (y en algunos textos también a las histerias de angustia), mientras que las segundas incluyen prácticamente a todos los demás cuadros¹.

Si decidiéramos homologar a la transferencia con la neurosis de transferencia, ¿qué posibilidades de intervención tendría el psicoanálisis en lo que respecta a la clínica con niños o respecto de las psicosis? Está claro que, en este contexto la respuesta sería: ninguna. Sin embargo, ese debate es anacrónico. Nadie dentro del psicoanálisis duda de la posibilidad de intervenir en estos casos, aún cuando en ninguno se constituya una neurosis de transferencia. Entonces, ¿por qué a veces es tan difícil pensar la posibilidad de intervención en las presentaciones en las que el padecimiento no toma la forma del retorno de lo reprimido? ¿Por qué nos apresuramos a afirmar que allí no es posible el establecimiento de la transferencia? La clínica de la psicosis y la clínica infantil prueban que la transferencia es un fenómeno que puede asumir diversas configuraciones. Entonces, ¿por qué por momentos se sigue sosteniendo la posibilidad de análisis exclusivamente en el despliegue del saber inconciente?

No puede ignorarse que Freud mismo continuó interrogándose por los límites del dispositivo hasta el final de su obra y que produjo, a partir de esto, desarrollos teóricos que es necesario cotejar con los de los escritos técnicos, en la medida en que complejizan y enriquecen sus formulaciones.

Por otro lado, la formalización misma de la transferencia en 1912 no la reduce a la dimensión del saber sino que más bien pone el acento en su componente libidinal.

Sobre el fenómeno del amor

Con la formalización de la transferencia, a partir del fenómeno del amor, Freud retoma el problema que había ubicado desde los inicios: los efectos de la presencia del analista en la cura. ¿Cómo explica Freud a ese amor que se hace presente en el análisis dirigido al analista? Lo describe como “reediciones de rasgos antiguos, repite reacciones infantiles” (Freud, 1915 [1914]. P. 171). Esa repetición, que opera en el límite del recuerdo, allí donde el relato se detie-

ne, constituye para Freud el mayor obstáculo pero, al mismo tiempo, la condición para que se lleve adelante la cura. Así es como se delinea inicialmente el concepto de transferencia y se ubica el trabajo del análisis.

“Esta lucha entre el médico y el paciente, entre intelecto y vida pulsional, entre discernir y querer «actuar», se desenvuelven casi exclusivamente en torno de los fenómenos transferenciales. [...] Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*.” (Freud, 1912, p. 105).

Este modo de plantear la cura es solidario del modo en el que está conceptualizando al síntoma. Si la enfermedad se produce en la medida en que la libido es retirada de los objetos del mundo y se refugia en objetos fantaseados, la cura implicará la captura de esa libido que encuentra satisfacción en el síntoma por parte del analista, quien entrará de este modo en la serie psíquica de los objetos. Esto implica que el camino hacia la cura supone producir una enfermedad artificial que se juegue en el dispositivo en torno a la figura del analista. “Toda la libido, así como toda resistencia contra ella, converge en una única relación, la relación con el médico (...)” (Freud, 1916/7, p. 414).

Es del dispositivo mismo del que se esperará obtener la satisfacción pulsional que deparaba el síntoma. En este sentido, la demanda de amor es un modo de puesta en acto de esta expectativa.

Vemos cómo es esta dimensión libidinal de la transferencia la que cobra mayor énfasis en la teorización freudiana. De todos modos, tengamos en cuenta que, en esta época la pulsión es aún definida exclusivamente como pulsión sexual. Es así como Freud mismo señala los límites a este modo de abordaje de la cura cuando afirma que la descripción del tratamiento como conciliación entre el yo y la libido constituye una descripción ideal que “encuentra sus límites en la falta de movilidad de la libido, que puede mostrarse remisa a abandonar sus objetos, y en la rigidez del narcisismo, que no permite que la transferencia sobre objetos sobrepase cierta frontera” (Freud, 1916-7, p. 414).

Observemos que ya en esta primera formulación aparecen recortados los obstáculos que le permitirán enriquecer la concepción de la cura y de la transferencia. Pero para ello será necesario revisar el concepto de pulsión.

Reformulación de la teoría pulsional

A partir de 1920, con la reformulación de la teoría pulsional y la propuesta de su segundo modelo de aparato psíquico, Freud lleva adelante una reconfiguración del ámbito de la clínica. La posibilidad de situar lo extranjero en el corazón de la neurosis (a partir de la formalización

de la pulsión de muerte) le permite ubicar esa misma exterioridad en el centro de la cura. De este modo, el obstáculo deja de situarse por fuera para ubicarse en el fundamento mismo de la experiencia analítica. Es así cómo David Laznik ubica el nuevo lugar que toma lo no analizable en la última época freudiana:

“Ahora éste toma el nombre de trauma (más allá de los sueños traumáticos), de melancolía (más allá de las estructuras clínicas), de reacción terapéutica negativa, de sentimiento inconsciente de culpa, de «neurosis graves», entre otros. El cambio fundamental es que estos fenómenos, que testimonian de los obstáculos estructurales en la cura, no conforman un conjunto homogéneo. Al mismo tiempo, no se ubican por fuera del campo de la praxis analítica. Son figuras de los obstáculos en el interior mismo del campo del psicoanálisis.” (Laznik, 2014, p. 69).

Ahora bien, ¿podemos entender el campo del psicoanálisis por fuera del campo de la transferencia? Nuevamente, la respuesta a esta pregunta dependerá de la lectura que se realice del concepto. Avancemos un poco más sobre esto.

Si la compulsión de repetición (uno de los referentes clínicos a partir de los que se formaliza la pulsión de muerte) es abordada por Freud como un fenómeno que se da *en transferencia*, pero por fuera del ámbito simbólico, deducimos que estos hallazgos clínicos (y las subsecuentes modificaciones teóricas a las que conducen) impactan en forma directa en el modo de formalizar el concepto de transferencia como tal. Estos obstáculos estructurales surgen en el seno mismo de la transferencia y quizás no sea precipitado considerarlos como configuraciones particulares de ella. De no hacerlo, reduciríamos los fenómenos transferenciales al *agieren* freudiano.

Sobre la reformulación de lo exterior

En 1924 Freud logra finalmente distinguir a la pulsión de muerte del sadismo (problema que no pudo superar en 1920) al ubicar la dimensión primaria del masoquismo.

“En el ser vivo (pluricelular), la libido se enfrenta con la pulsión de destrucción o de muerte; esta, que impera dentro de él, querría desagregarlo y llevar a cada uno de los organismos elementales a la condición de estabilidad inorgánica (aunque tal estabilidad solo pueda ser relativa). La tarea de la libido es volver inocua esta pulsión destructora; la desempeña desviándola en buena parte – y muy pronto con la ayuda de un sistema de órgano particular, la musculatura – hacia afuera, dirigiéndola hacia los objetos del mundo exterior. Recibe entonces el nombre de pulsión de destrucción, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder. Un sector de esta pulsión es puesto directamente al servicio de la función sexual, donde tiene a su cargo una importante operación. Es el sadismo propiamente dicho. Otro sector no obedece a este traslado hacia afuera, permanece en el interior del organismo y allí es ligado libidino-

samente; en ese sector tenemos que discernir el masoquismo erótico, originario” (Freud, 1924, p. 169).

Aquí Freud distingue dos dimensiones de la pulsión de muerte:

- Una que, en tanto susceptible de metabolización por parte de la libido, logra entrar en la dialectización, en la transferencia. Pero el mismo tratamiento que recibe por parte de la pulsión de vida modifica su naturaleza. Se convertirá en pulsión de apoderamiento.
- Otra, fundamentalmente reacia a los esfuerzos de la libido, que quedará albergada en el cuerpo y no será, entonces, susceptible de transferencia. Esto es lo que será delimitado como pulsión de muerte propiamente dicha. Es por eso que Freud homologa en este escrito a la pulsión de muerte con el masoquismo erótico.

Ahora bien, así como a partir de 1920, el planteo de un más allá del principio del placer, permite pensar una exterioridad (efecto de la fundación misma del campo) que se constituye como un punto irreductible que interviene en el campo de las representaciones, la propuesta de 1924 permite pensar cómo esta misma exterioridad (en este caso planteada en términos de pulsión y transferencia) se hace presente como obstáculo en los mismos fenómenos de la cura. En este sentido participa de la transferencia misma.

Si esta complejización del concepto de transferencia ya está presente en Freud, ¿por qué pareciera caer bajo el olvido cuando se habla de ciertos modos (supuestamente nuevos) de presentación clínica?

Reformulación de la nosología

La nueva teoría pulsional demanda otras modificaciones. Principalmente, la construcción de un modelo de aparato psíquico que contemple esa heterogeneidad radical tributaria de la pulsión de muerte. Es por eso que en 1923 Freud propondrá su segunda tópica, en la que lo no ligado tiene su lugar.

El correlato de este viraje es una nosología que deja de definirse en términos binarios y que permite incluir fenómenos que antes habían quedado excluidos de la experiencia analítica, ubicándolos como obstáculos inherentes a la misma. Esto es posible en la medida en que Freud logra formalizar esa paradójica exterioridad que alberga el aparato en su seno más íntimo. Abandona de este modo la lógica binaria y el campo del psicoanálisis de complejiza.

La nueva nosología no se definirá ya en términos de lo que queda por dentro o por fuera del ámbito de la práctica analítica (en tanto lo externo tiene ahora su lugar en la cura misma) sino que serán las instancias que participan del conflicto psíquico las que permitirán delimitar los cuadros patológicos. Es así como Freud distingue tres entidades clínicas: la neurosis, la psicosis y las neurosis narcisistas, delimitadas a partir del conflicto planteado entre el yo y el ello, en el primer caso, el yo y el mundo

exterior, en el segundo y el yo y el superyó en el tercero². Esta última categoría reviste un particular interés en tanto fue excluida de la nosología lacaniana y ha caído en el olvido para gran parte de los psicoanalistas actuales.

Neurosis narcisistas

¿Qué tipo de cuadros designa esta categoría? Como dijimos, nombra a aquellas patologías que son consecuencia de un conflicto entre el yo y el superyó. El paradigma de las neurosis narcisistas será para Freud la melancolía. Esta figura presenta un carácter enigmático en tanto “hallamos que el superyó hiperintenso, que ha arraigado hacia sí a la conciencia, se abate con furia inmisericorde sobre el yo, como si se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo.” (Freud, 1923, p. 53-4).

Este particular comportamiento del superyó en estos casos lo lleva a preguntarse “¿cómo es que en las melancolías el superyó puede convertirse en una suerte de cultivo puro de las pulsiones de muerte?” (Freud, 1923, p. 54).

El superyó aparece como protagonista también en un fenómeno transferencial al que Freud denomina reacción terapéutica negativa. También aquí guarda un estrecho vínculo con la pulsión de muerte, en tanto se presenta ante el yo como subrogado del ello, exigiendo padecimiento.

Vemos cómo tanto las neurosis narcisistas como la reacción terapéutica negativa revisten un particular interés para nosotros develando, de modo privilegiado, el funcionamiento del superyó en tanto comandado por la pulsión de muerte.

Podríamos preguntarnos qué hace que Lacan prescindiera de la categoría de las neurosis narcisistas cuando propone sus estructuras clínicas. Para responder a este interrogante es necesario situar el contexto en el que es propuesto este ordenamiento. El diagnóstico estructural surge como respuesta a un problema teórico y clínico de la época. Dentro de la escuela inglesa de psicoanálisis los límites y diferencias diagnósticas se habían vuelto borrosos. La continuidad planteada entre neurosis y psicosis era enfadosa para Lacan. Y las neurosis narcisistas (con su extensión en la categoría postfreudiana del *borderline*) representaban de modo privilegiado ese “puente” entre ambos cuadros³.

El propósito lacaniano de distinguir los diagnósticos estructuralmente representaba un esfuerzo por proponer una clínica diferencial y no podía contemplar ambigüedades.

Es probable que esto haya tenido alguna incidencia en la exclusión de esta categoría diagnóstica. No hay modo de saberlo. Sin embargo, consideramos que la revisión de esta categoría es imprescindible a la hora de abordar estos modos de presentación a los que nos referimos en el inicio del artículo, en tanto permiten un acceso privilegiado a ordenamientos del padecimiento que no sólo no se insertan en el marco del retorno de lo reprimido, sino que no participan de la lógica del fantasma.

Y, sobre todo, su inclusión en la nosología freudiana,

nos muestra que el campo de la praxis psicoanalítica tiene, desde la teorización de su propio fundador un alcance y riqueza que muchas veces perdemos de vista.

Conclusiones

En este recorrido hemos situado distintos momentos en el abordaje freudiano de la transferencia. Ubicamos cómo los cambios son solidarios de las modificaciones en la formulación del síntoma y cómo repercuten de manera directa en la nosología.

A partir de esto, mostramos de qué manera los planteos correspondientes a la segunda tópica permiten el abordaje de fenómenos que exceden el ámbito del Inconciente dinámico dentro de la cura, complejizando y ampliando el campo de la experiencia psicoanalítica.

Asimismo, la categoría de neurosis narcisistas, generalmente ignorada en la actualidad, permite un abordaje privilegiado del superyó, presentándose de este modo como un territorio que sería conveniente explorar cuando nos encontramos ante los modos de presentación a los que nos referimos al inicio, que se presentan como los desafíos “actuales” para la clínica psicoanalítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freud, S. (1950 [1892 – 99]). “Fragmentos de la correspondencia con Fliess”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. Vol. I., (1992).
- Freud, S. (1893-95). “Estudios sobre la histeria”. En *Obras Completas*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, Vol. II, 1992.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. IV y V, 1992.
- Freud, S. (1911 – 1915 [1914]). “Trabajos sobre técnica psicoanalítica”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XII, 1992.
- Freud, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XIV, 1992.

- Freud, S. (1917 [1916-17]). “27ª conferencia. La transferencia”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XVI, 1992.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). “28ª conferencia. La terapia analítica”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XVI, 1992.
- Freud, S. (1920). “Más allá del principio del placer”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XVIII, 1992.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XIX, 1992.
- Freud, S. (1924 [1923]). “Neurosis y psicosis”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XIX, 1992.
- Freud, S. (1924). “El problema económico del masoquismo”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XIX, 1992.
- Freud, S. (1925 [1924]). “Presentación autobiográfica”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, Vol. XX, 1992.
- Lacan, J. (1955-6). *El Seminario*. Libro 3. *Las Psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1997.
- Laznik, D. y colaboradores. (2014). *Actualidad de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: JVE ediciones, 2014.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. España: Editorial Síntesis

NOTAS

¹Freud pareciera encontrar en la transferencia el concepto que delimita el campo de la experiencia analítica. Ubiquemos, sin embargo, la contradicción en la que cae cuando afirma, por ejemplo, que Schreber enferma a causa de su transferencia con Fleschig

²Aclaremos que esta categoría no tiene el mismo sentido que en 1914. Antes suponía el nombre con el que designaba aquello que quedaba por fuera del territorio de pertinencia del psicoanálisis, en tanto las situaba por fuera de la transferencia. Ahora, las neurosis narcisistas designan a los cuadros producto del conflicto entre el yo y el superyó.

³Esto, por supuesto, es independiente del uso freudiano de estos términos, en donde no hay superposición ni continuidad posible. Hacemos referencia, exclusivamente, al modo en que estas categorías son utilizadas por los postfreudianos.