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

Nota introductoria

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

Ediciones en alemán

- 1914 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, 2, nº 6, págs. 485-91.
- 1918 *SKSN*, 4, págs. 441-52. (1922, 2ª ed.)
- 1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 109-19.
- 1925 *GS*, 6, págs. 109-19.
- 1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 385-96.
- 1946 *GW*, 10, págs. 126-36.
- 1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario}, págs. 205-15.

*Traducciones en castellano **

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

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

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

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

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

James Strachey

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

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

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

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

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

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

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

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

de sentimiento, nexos— deben ser considerados separadamente en su relación con el olvidar y el recordar. Aquí sucede, con particular frecuencia, que se «recuerde» algo que nunca pudo ser «olvidado» porque en ningún tiempo se lo advirtió, nunca fue conciente; además, para el decurso psíquico no parece tener importancia alguna que uno de esos «nexos» fuera conciente y luego se olvidara, o no hubiera llegado nunca a la conciencia. El convencimiento que el enfermo adquiere en el curso del análisis es por completo independiente de cualquier recuerdo de esa índole.

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

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

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

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

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

lizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*.⁴ No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace.

Por ejemplo: El analizado no refiere acordarse de haber sido desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres; en cambio, se comporta de esa manera frente al médico. No recuerda haberse quedado atascado, presa de desconcierto y desamparo, en su investigación sexual infantil, pero presenta una acumulación de sueños confusos, se lamenta de que nada le sale bien y, proclama, es su destino no acabar nunca ninguna empresa. No se acuerda de haber sentido intensa vergüenza por ciertos quehaceres sexuales, ni de haber temido que lo descubrieran, pero manifiesta avergonzarse del tratamiento a que ahora se somete y procura mantenerlo en secreto frente a todos.

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

Por supuesto que lo que más nos interesa es la relación de esta compulsión de repetir con la transferencia y la resistencia. Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación pre-

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

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

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

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

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

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

mento de vida real, y por eso no en todos los casos puede ser inofensivo y carente de peligro. De aquí arranca todo el problema del a menudo inevitable «empeoramiento durante la cura».

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

Ulteriores peligros nacen por el hecho de que al progresar la cura pueden también conseguir la repetición mociones pulsionales nuevas, situadas a mayor profundidad, que todavía no se habían abierto paso. Por último, las ac-

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

ciones del paciente fuera de la transferencia pueden conllevar pasajeros perjuicios para su vida, o aun ser escogidas de modo que desvaloricen duraderamente las perspectivas de salud.

Es fácil de justificar la táctica que el médico seguirá en esta situación. Para él, el recordar a la manera antigua, el reproducir en un ámbito psíquico, sigue siendo la meta, aunque sepa que con la nueva técnica no se lo puede lograr. Se dispone a librar una permanente lucha con el paciente a fin de retener en un ámbito psíquico todos los impulsos que él querría guiar hacia lo motor, y si consigue tramitar mediante el trabajo del recuerdo algo que el paciente preferiría descargar por medio de una acción, lo celebra como un triunfo de la cura. Cuando la ligazón transferencial se ha vuelto de algún modo viable, el tratamiento logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico. El mejor modo de salvar al enfermo de los perjuicios que le causaría la ejecución de sus impulsos es comprometerlo a no adoptar durante la cura ninguna decisión de importancia vital (p. ej., abrazar una profesión o escoger un objeto definitivo de amor); que espere, para cualquiera de tales propósitos, el momento de la curación.

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

Ahora bien, el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y trasformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. Volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud {*Entgegenkommen*} de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial,⁸ sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia,⁹ de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico. La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquella a esta. El nuevo estado ha asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquiera a nuestra intervención. Al mismo tiempo es un fragmento del vivenciar real-objetivo, pero posibilitado por unas condiciones particularmente favorables, y que posee la naturaleza de algo provisional. De las reacciones de repetición,¹⁰ que se muestran en la transferencia, los caminos consabidos llevan luego al despertar de los recuerdos, que, vencidas las resistencias, sobrevienen con facilidad.

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

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

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

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

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

En la práctica, esta reelaboración de las resistencias puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el médico. No obstante, es la pieza del trabajo que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y que distingue al tratamiento analítico de todo influjo sugestivo. En teoría se la puede equiparar a la «abreacción» de los montos de afecto estrangulados por la represión, abreacción sin la cual el tratamiento hipnótico permanece infructuoso.¹²

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

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