

¿CREER EN EL PSICÓLOGO? REFLEXIONES SOBRE CREENCIA Y RELACIONES HUMANAS.

Carlos Domínguez Morano

No debe sorprender la interrogación. La creencia, la fe, no se reduce a los ámbitos de la religiosidad. Está presente en todo tipo de conocimiento humano y se hace particularmente intensa en el campo de las relaciones humanas. Sobre todo, si esos vínculos interpersonales guardan alguna relación con el alivio del mal, con la solución a los conflictos, con la curación, la "salud", que tantas y tan íntimas conexiones tuvo siempre con la "salvación".

No hay conocimiento sin creencia. Incluso el que está presidido por el objetivo supremo de la objetividad científico-técnica, teóricamente opuesto a todo tipo de credulidad. Desde la filosofía de la ciencia la cuestión quedó planteada cuando se analizaron las bases sobre las que se construye todo el sistema. El científico necesita tener "fe" en su paradigma e incluso en sus "creencias metodológicas y teóricas" como "promesa de éxito" y como manera de "compartir una seguridad de que el paradigma resolverá todos sus problemas". Esta promesa, según Kuhn, es la que confiere "la seguridad que hace posible la ciencia normal"¹. La matemática, incluso, parece necesitar como presupuesto básico la creencia en el orden que la posibilita².

Pero el psicoanálisis además, nos mostró que toda actividad de conocimiento va ligada con un componente y coloración afectiva que presta a la percepción una vertiente inevitable de fe, de confianza, en definitiva, de creencia³. En el campo interpersonal, más aún, la creencia se convierte en un factor básico, tanto mayor cuanto la participación afectiva sea más intensa. Tanto más creemos cuanto más amamos.

¹ Cf. Th. KUHN, *La estructura de las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, México 1971, 43, 52, 235, 244.

² Cf. C. CAÑON, *Creencia, creencia: Una aproximación desde la matemática*, Acta de la Ponencia en el X Congreso de la A.I.E.M.P.R., Barcelona 1986. 17-32.

³ Cf. A. M. RIZZUTO, *Conocimiento científico, creencia religiosa y convicción psicológica. Psicodinámica del conocer*, Simpósio Transdisciplinar del Cono Sul, Brasil 1998.

La creencia está, pues, ahí como una estructura fundamental del dinamismo humano. Sólo los muertos no creen, afirma J. B. Pontalis⁴. Pretender vivir sin creencias, religiosas o no, vendría a significar una grotesca confusión de las exigencias del espíritu científico con el culto de una racionalidad militante y mortífera, consecuencia nefasta, por lo demás, de la dicotomía que marca a nuestra cultura entre saber y creer. Creer es equivalente a no querer morir. Por eso, como bien señala Pontalis, el “yo creo” no se dice. Es ante-predicativo. Y por eso, quizás, una de las más firmes creencias puede llegar a ser la de creer que no se cree en nada.

La participación, pues, de la fe, de la creencia en la relación con el psicólogo se convierte en una cuestión ineludible. Algo escandalosa para quienes plantean la terapia desde unos planteamientos radicalmente positivistas y pretendidamente científicos. Pero los datos, objetivos y “científicos” también hablan, guste o no, de la inevitable participación de la creencia en la relación que se establece con el psicólogo.

Pero a la pregunta sobre la participación de la fe en el psicólogo hay que añadir ineludiblemente otra cuestión: ¿qué psicólogo?, ¿el que desde un cómodo sillón escucha e interpreta a su paciente reclinado en un diván de psicoanálisis?, ¿el que aplica una descargas eléctricas a través de un artilugio colocado en el brazo del paciente?, ¿el que está invitando a aporrear con un bate de polo un cojín situado al efecto?, ¿el que dirige unos ejercicios corporales en grupo?, ¿el que a través de sofisticados instrumentales bioeléctricos analiza la corteza cerebral de su cliente? Es decir, ¿qué elementos comunes se pueden encontrar en prácticas tan sumamente heterogéneas que, suponen, sistemas teóricos tan dispares cuando no contradictorios? ¿Cuál es la fe, por tanto, si es que ésta interviene, en un caso u otro?

Hablar unitariamente de psicología supone ya la falsificación de una realidad, que tanto a nivel teórico como práctico, difícilmente se puede comprender como una entidad definida. La psicología está todavía por hacer, es decir, por adquirir un status unitario que la haga definible y comprensible como disciplina científica. En realidad la psicología no existe. Existen “las psicologías”, una diversidad de aproximaciones y acercamiento a la comprensión de la conducta, que, eso sí, parece ser el campo de análisis que todas ellas se proponen como

⁴ “*Se fier à... sans croire en...*”: Nouvelle Revue de Pyschanalyse, 18 (1978) 5-14.

objeto de investigación⁵. No deberíamos olvidar que hasta 139 enfoques diferentes de psicoterapia fueron ya catalogados en 1979⁶.

“Ciencia de la conducta” se autodenomina, no sin cierto artificio y pomposidad. Coinciden en ello la práctica totalidad de disciplinas establecidas como “psicológicas”. El modo, sin embargo, de entenderse, definirse y operativizarse dicho concepto de “conducta” origina ya una confusión y polémica que acaban por imposibilitar una suficiente delimitación del campo de estudio. Con ello se está poniendo en entredicho uno de los requisitos fundamentales para constituirse como ciencia cualquier empeño de comprensión de lo real⁷.

Pero ahí está en el campo clínico el psicólogo, los psicólogos, ofreciéndose cotidianamente como remedio para los desórdenes de la conducta, para aliviar ansiedades, tristezas, inhibiciones y bloqueos personales e interrelacionales. Sus diversas teorías, sin embargo, van a explicar el resultado de sus actuaciones atribuyendo una valor y una significación muy diferente a los elementos subjetivos y personales puestos en juego durante el tratamiento, si es que se les concede algún valor a lo que no sea estrictamente poder de la “técnica”.

Unos intentarán reducir al mínimo la mediación de los elementos interpersonales, anularlos si posible fuera. Al menos, no concederán valor alguno a su intervención en el proceso de la cura. Todo radicará -se nos dice- en la aplicación sistemática de reglas científico-técnicas⁸. Para ello, tal psicólogo aplicará lo que conoce como “refuerzos positivos”, “estímulos aversivos”, “inhibitorios” etc., que persiguen como objetivo la modificación de la conducta problemática. En su trabajo está convencido de que necesita tan poco de la “fe” de su cliente como la esperaría en el caso de la misma aplicación efectuada a una rata en el laberinto. Con ese animal experimentó previamente en su laboratorio y el resultado resultaba invariable. La creencia “para los brujos”, nos dirá orgullosamente.

Otro psicólogos, sin embargo, se mostrarán convencidos de que toda técnica es en última instancia irrelevante puesto que, en definitiva, la única clave la encontramos en la creencia que se deposite en el psicólogo por parte de su

⁵ Cf. D. LAGACHE, *La unidad de la psicología*, Paidós, Buenos Aires 1980.

⁶ M. B. PARLOFF, *Can psychotherapy research guide the policymaker*. American Psychologist 34 (1979) 296-306.

⁷ Cf. J. L. PINILLOS, *Principios de Psicología*, Alianza, Madrid 1979 (6ª), 681-696.

⁸ Cf. a este propósito B. F. SKINNER, *Ciencia y conducta humana*, Fontanella, Barcelona 1981.

cliente. *El requisito más importante para el cambio es la creencia del cliente en una fuerza poderosa capaz de producir los cambios deseados... Es evidente que si el cliente y el terapeuta creen, el resultado del tratamiento ocurrirá por vía del fenómeno del rapport y proporcionará pruebas de la realidad del agente curativo. Los datos de la efectividad de un sistema para ayudar a la gente a cambiar demuestran que sirve para reforzar la creencia y vencer la incredulidad. No demuestran en modo alguno que el sistema sea objetivamente válido.* Tal es el punto de vista del psicólogo social⁹. La creencia, pues, desde este punto de vista, lo es todo.

Otros psicólogos, sin embargo, conscientes del papel fundamental que la creencia parece jugar en el tratamiento de los desordenes psíquicos ha intentado comprender, además de aceptar, ese factor de cambio. Así pues, esa subjetividad, denostada por algunos como elemento espúreo para cualquier intento científico de abordar la conducta, ha sido situada por otros en el centro mismo de la problemática a considerar. El asunto no ha resultado fácil, desde la obligada implicación personal que el psicólogo reconoce no poder ya eludir bajo ningún concepto y desde la obligada renuncia también a emprender un trabajo según el paradigma establecido por la "ciencia oficial". Estos psicólogos, a diferencia de los procedentes del campo experimental, admiten la intervención de la "fe" y, a diferencia también de los procedentes del campo social, no se contentan con admitir que el cambio se produce a través de la creencia. Pretenden además comprender los mecanismos psíquicos subyacentes que juegan en la activación de esa creencia. Persiguen, de ese modo, volverla no sólo eficaz, sino comprensible y manipulable también.

La historia no resultó nada fácil. Un empedernido positivista, Sigmund Freud, que sólo pretendía prestar fe a la razón científico técnica, se vio obligado a reconocer que en la pretendida aplicación aséptica de su técnica terapéutica se introducían unos elementos de orden irracional que jugaban decisivamente en favor o en contra de todo el proceso. Se vio obligado así a interrumpir la aplicación de su técnica y a cuestionar la teoría que la sustentaba. De este modo, se fue abriendo paso la necesidad de dar cabida a unos elementos que, lejos de estorbar el proceso de curación, se presentaban como el único terreno en el que se ésta se podía llevar eficientemente a cabo. La disciplina por él establecida -el psicoanálisis- conoció desde entonces ese elemento fundamental del proceso con el nombre de "transferencia". La historia de su hallazgo, los

⁹ S. R. STRONG - CH. D. CLAIRBORN, *El cambio a través de la interacción*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1985, 37.

obstáculos que se interponían para su reconocimiento y la laboriosa clarificación del mismo constituyen el mejor camino para comprender la esencia y la dinámica de ese fenómeno clave en los procesos de curación, venga o no a estar reconocido.

*La dinámica de la transferencia*¹⁰

El análisis del proceso de gestación del concepto de transferencia dentro del pensamiento freudiano constituye, sin duda, un excelente método para adentrarse en la comprensión de la dinámica esencial de este fenómeno. Lo primero que sorprende cuando acudimos al texto de Freud para emprender dicho análisis es percatarnos de que dicho concepto apenas cuenta con unas cuantas páginas en el voluminoso conjunto de su obra. Tan sólo encontramos unos cuantos escritos de mínima extensión sobre este tema que tan fundamental llegó a ser en el conjunto de la técnica psicoanalítica. Sin embargo, el hecho mismo de ésta precariedad de teoría viene revelar algo sumamente importante sobre lo que la misma transferencia es y significa: algo que, en su esencia, se resiste a toda teorización y que, además, no es de ningún modo captable teóricamente sino a posteriori, «après coup». La transferencia siempre viene por la espalda.

Los escasos textos freudianos sobre el tema sólo se hicieron posible tras una compleja problemática personal. La transferencia estaba allí sin querer pronunciar su nombre. De ahí, que el perseguir el fenómeno en el seno mismo de la labor terapéutica de Freud, antes mismo de que él acertará a captarlo y comprenderlo, constituye la mejor enseñanza que podemos obtener sobre lo que la transferencia es y significa. Asistimos así al proceso en el que la transferencia se hace presente en acto, pero ausente en la conciencia. Presenciaremos paralelamente la lucha que necesariamente Freud tuvo que entablar con ella y contra ella, para acabar finalmente rindiéndose al fenómeno, como única y paradójica manera de ponerlo a su servicio.

Antes mismo de hallarse implicado directamente en la trama del fenómeno transferencial encontramos ya un acontecimiento decisivo para el tema que nos ocupa y decisivo también para los orígenes mismos del psicoanálisis en

¹⁰ Sobre este tema me he centrado con más detención de la aquí permitida en *El fenómeno transferencial en la vida y obra de S. Freud*, en *Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia*, Servicio Andaluz de Salud, Granada 1995, 239-271. También se ofrece un resumen en *Creer después de Freud*, San Pablo, Madrid 1992, 273-282.

general. Se trata del famoso caso de Anna O., nombre con el que ha pasado a la literatura psicoanalítica una chica llamada realmente Berta Pappenheim, que estaba siendo tratada por el Dr. Breuer, amigo y protector de Freud en sus inicios profesionales¹¹. Esta enferma, de 21 años, presentaba una serie de síntomas histéricos desencadenados a partir de la enfermedad mortal de su padre. Entre los síntomas más importantes de la chica destacaban los de una parálisis de tres miembros con contracturas e insensibilidad, problemas serios relativos a la vista y al lenguaje, anorexia, tos nerviosa, cambios bruscos de humor, etc. Un buen día, la paciente le cuenta a Breuer con todo detalle la aparición de unos de los síntomas y ello lleva consigo su desaparición. Consciente de la importancia de este hecho, la enferma continúa la narración de cada uno de sus síntomas, dando a esta forma de actuar el nombre de “cura por la palabra” (“talking cure”) o “limpia de la chimenea”.

Sin embargo, algo comenzó a ocurrir que, finalmente, acabó por dar al traste con el tratamiento seguido por el Dr. Breuer. A medida que éste avanzaba se iba haciendo evidente también una progresiva erotización del mismo, a pesar de que nunca se trataban temas concernientes a la sexualidad. La esposa de Breuer, por lo demás, captó, mejor que Breuer mismo, hasta qué punto su marido se encontraba afectivamente implicado en el caso. Éste que, al parecer, mantenía una excelente relación con su esposa prefirió poner fin al tratamiento que tanto le había polarizado. Pero si el Dr. Breuer disponía de una buena razón para finalizar la cura, su enferma Anna O, intensamente ligada también a su médico, no contaba con ningún motivo importante para romper el tratamiento. De ahí, que la situación le provocase un intenso y repentino ataque histérico, con simulación casi perfecta de un parto. Breuer se limitó entonces a calmar rápidamente a la paciente y acto seguido abandonó definitivamente el caso, para emprender con su mujer un viaje a Venecia como «segunda luna de miel»¹².

Freud estaba allí. Pero, en estos momentos, se situaba tan sólo como espectador de todo aquel curioso fenómeno. Cosa que le permitió intuir (el comprender y explicar vendrían a ser muy posteriores) que, en las reacciones afectivas intensas de Anna O. frente a Breuer, estaban inconscientemente presentes otras personas que, en realidad, nada tenían que ver con el que

¹¹ El caso, no presente en la edición española de las Obras Completas de Freud, lo encontramos en la edición argentina: Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires 1976, Vol. II, 47-70.

¹² Cf. E. JONES, *Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires 1979³, vol. 1, 234-237; P. GAY, *Freud, una vida de nuestro tiempo*, Barcelona 1989, 89-96.

hasta entonces era su amigo y protector. La transferencia ha sido intuita. Un largo y penoso camino quedaba todavía, sin embargo, hasta lograr comprenderla y, más aún, hasta saber utilizarla proporcionándole un sentido terapéutico¹³.

En el caso de Anna O., Freud era un espectador. Poco después, sin acertar todavía a comprender lo que la transferencia es y significa, la va a experimentar también implicado ya de lleno en la situación. Una transferencia emergente e ignorada se pone paradigmáticamente de manifiesto en dos de sus primeros casos clínicos. El primero de ellos es el que aparece en los *Estudios sobre la histeria* como el "Caso Emmy"¹⁴.

Merece la pena fijarse con cierta atención. Lo primero que una lectura detenida del texto revela desde el principio es la alta valoración que Freud tiene sobre la paciente en todos sus aspectos. No deja de ponderar desde su apariencia física hasta sus valores intelectuales o éticos. Las circunstancias del tratamiento, por lo demás, parecían propiciar el desarrollo de la situación transferencial: Freud la visita a diario y la paciente recibe baños templados y masajes en todo el cuerpo dos veces al día; masajes que, tenemos que suponer a partir del texto, él aplicaba directamente o a los que, al menos, asistía. A nivel consciente parece que Freud no advierte nada que tenga realmente que ocultar. Todo lo relata con una gran dosis de limpieza y, tenemos que pensar, que de ingenuidad también.

Es justamente en ese contexto de los baños fríos de asiento en el que la transferencia emerge creando una situación desconcertante. La paciente se negaba a recibir tales baños, por lo que Freud la somete a hipnosis invitándola a que haga suyas las conveniencias de tal medida y acabe solicitándolos por ella misma. Efectivamente así ocurre; pero al día siguiente, Emmy sufre un fuerte acceso melancólico y, naturalmente, culpa de ello a los baños fríos. Freud vuelve a la hipnosis para averiguar el motivo verdadero. En el estado hipnótico se deja ver que, efectivamente, no son los baños los causantes de su melancolía, sino más bien la situación de un hermano suyo que vivía unas circunstancias algo peligrosas en la República de Santo Domingo. Aquel hermano estaba ligado, por lo demás, a situaciones bastante penosas para la paciente. Pero todo ello había quedado sepultado en su inconsciente.

¹³ Dejamos de lado comentar la situación transferencial que experimentó el propio Freud a lo largo de su autoanálisis en la relación con su amigo y colega W. Fliess. Cf. D. ANZIEU, *El autoanálisis de Freud*, Siglo XXI, Madrid 1978.

¹⁴ Cf. *Estudios sobre la histeria*, 1985, O.C., I, 55-89.

Freud nos habla entonces de una “falsa conexión” entre estos baños de asiento y el hermano de la paciente. Pero es incapaz de caer en la cuenta de que tras ese personaje de la vida familiar de Anna, se encontraba él mismo. Datos no le faltaban para suponerlo. Emy, en efecto, recibía a Freud en ocasiones levantando su mano y gritando *¡Estése quieto!, ¡no me hable!, ¡no me toque!* El análisis de dicho comportamiento reveló que en gran parte estaba motivado porque ese mismo hermano, enfermo por el abuso de morfina, *sufría terribles ataques, en los cuales la asía fuertemente, asustándola*¹⁵. La situación tan temida y deseada se reproduce transferencialmente con Freud. Éste no pudo percatarse, sin embargo, de ello.

Seis años más tarde cuando Freud redacta y publica el caso añade una serie de reflexiones bajo el título de *Psicoterapia de la histeria*. Allí encontramos las primeras reflexiones teóricas sobre el concepto de transferencia¹⁶. Lo más significativo en este momento lo encontramos en el carácter de obstáculo que atribuye a este tipo de situación. En el propósito que le guiaba durante este período de que el paciente accediera a los acontecimientos traumáticos del pasado excluidos del campo de la conciencia, la transferencia venía a suponer una evitación del recuerdo mediante una repetición del acontecimiento con la persona del médico, con el que de ese modo se establecía una “falsa conexión”. Es la transferencia (“Übertragung”) que, como término, aparece por vez primera en el texto freudiano.

El segundo caso clínico al que nos tenemos que referir reviste una mayor importancia en el conjunto de los escritos freudianos. El caso, por lo demás, debe en gran parte su importancia a lo que nos ofrece precisamente como teorización y primera definición del fenómeno transferencial. Se trata del “caso Dora”, que aparece en los escritos freudianos como *Análisis fragmentario de una histeria*¹⁷.

Allí aparecen cuatro personajes claves: Dora, el señor K., con quien Dora mantiene relaciones amorosas, la Sra. K. y el padre de Dora, quien a su vez mantiene relaciones con la Sra. K. En un segundo plano aparecen la madre de Dora y su institutriz. Pero en el caso va a entrar un quinto personaje clave también para su desarrollo: el mismo Freud que, sin percatarse de ello, va a quedar situado por la dinámica transferencial de Dora como un hombre más

¹⁵ Ib.: O.C., I, 62

¹⁶ Ib.: O.C., I, 166-168.

¹⁷ O.C., 933-1002.

en el que, por otra parte, va hacer recaer la venganza que deseaba ejercitar contra K. y, últimamente, contra su padre. La venganza consistió en el abandono del tratamiento, que de este modo vino a fracasar rotundamente.

El “caso Dora” supuso ciertamente un gran fracaso clínico. Pero un fracaso, no obstante, que vino a impartir una lección decisiva: la transferencia se constituye siempre en un elemento de la relación entre analista y analizado y, además, ha de ser plenamente reconocido como tal. *La transferencia me sorprendió desprevenido*¹⁸, confiesa Freud abiertamente en la reflexión final sobre este ilustrativo fracaso. Llegando siempre por la espalda, no se le puede considerar, pues, como un mero obstáculo a evitar. Por el contrario ha de ser detectada, tenida en cuenta, reconocida y analizada como un capítulo fundamental del mismo trabajo terapéutico. Considerarla sólo como un estorbo, pretender cerrar los ojos ante ella, supone inevitablemente situarla en contra.

La creencia que se enraíza en el pasado infantil.

La transferencia se hace presente desde la emergencia de antiguos amores y odios que no llegaron a ser reconocidos y no se puede reconocer sino “après coup”. En este sentido, resulta ciertamente revelador que las reflexiones teóricas de Freud sobre la transferencia en los dos casos clínicos a los que nos hemos referido se sitúen, no como partes de la descripción del mismo caso, sino aparte, al final, como objeto de una reflexión que sobreviene después. Ello responde no tanto a las circunstancias históricas de su descubrimiento sino - como acertadamente ha puesto de manifiesto M. Neyraut- a la esencia misma de lo que es la transferencia¹⁹.

Pero ¿qué son realmente las transferencias?. Así se lo pregunta Freud mismo en el epílogo del “caso Dora”, para darnos a continuación la definición más completa de todas las que disponemos en sus escritos. Son -nos dice- *reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singular característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico*²⁰.

¹⁸ Ib.: O.C., I, 1000.

¹⁹ Cf. M. NEYRAUT, *Le transfert*, P.U.F., Paris 1974, 136-137.

²⁰ Ib.: O.C., I, 998.

Así, pues, la transferencia supone una actualización de los antiguos amores y odios que no llegaron a concientizarse. Son, pues, como unas especies de clisés que se van constituyendo a lo largo de nuestra vida a partir, sobre todo, de las primeras relaciones que marcaron nuestro encuentro con la existencia²¹. Esos clisés o esquemas "a priori" de relación interpersonal constituyen como un lugar necesario desde el que enfocamos todo tipo de relación con los otros. Las primeras relaciones parentales fueron particularmente resaltadas por Freud como configurantes básicas de esos esquemas de relación, y fue Melanie Klein quien nos ha insistido también sobre la fuerza que poseen las primitivas relaciones del bebé con la madre a la hora de determinar las modalidades de la transferencia²².

Existe, pues, un claro carácter repetitivo en esa actualización de los antiguos modos de relación. En ello insistirá particularmente Freud en un texto titulado *Recuerdo, repetición y elaboración* (1914), que quizás haya que considerar como su más importante reflexión sobre este tema. Quien no recuerda su historia está condenado a repetirla, vendría a ser la idea básica de este texto, parafraseando la célebre fórmula de Santayana. *El analizado* -nos dice Freud- *no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto*²³. De ese modo los elementos del conflicto psíquico van ingresando paulatinamente en el campo de trabajo analítico. La transferencia se convierte así en el campo básico sobre el que ha de recaer toda la acción terapéutica. Es la base de la creencia que el paciente deposita en su analista.

Para ello será absolutamente necesario que el analista sepa detectar esas antiguas demandas de amor, de odio, de culpa o de exculpación, evitando a toda costa responder a tales demandas, precisamente para que ellas puedan llegar a objetivarse y modificarse. Ello supone un trabajo muy delicado por parte del analista porque, evidentemente, sus propias temáticas personales pueden muy bien entrar en juego confundiéndose con las del paciente. Se toca de este modo una cuestión fundamental de la técnica psicoanalítica que es la

²¹ *Transferencia, designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica: así se define en el Diccionario de psicoanálisis de J. LAPLANCHE - J. B. PONTALIS, Labor, Barcelona 1971.*

²² Cf. M. KLEIN, *Principios psicológicos del análisis infantil*, 1926, O.C., Paidós, Buenos Aires 1974.

²³ *Recuerdo, repetición y elaboración*, 1914, O.C., II, 1684

de la llamada “contra-transferencia”; es decir, el conjunto de reacciones transferenciales también despertadas en el analista a través de la personalidad y de las demandas del analizante. La obligatoriedad y necesidad de que el terapeuta haya pasado previamente por la experiencia de un largo “análisis didáctico” se pone de relieve desde esta delicada problemática que consideramos.

Esos antiguos amores y odios actualizados en la situación analítica poseen sin duda un carácter revelador. Por ello, la transferencia dejó de ser considerada por Freud como un obstáculo que se interponía en el trabajo de investigación del inconsciente, para considerarla, por el contrario, como una manifestación privilegiada de los contenidos de ese inconsciente.

Desde esta perspectiva, la transferencia ha llegado a constituirse en el terreno mismo en el que se desarrolla toda la cura psicoanalítica. Su instauración, desarrollo, interpretación y resolución vienen a coincidir con el proceso mismo de la terapia. Por la transferencia, en efecto, se abre el camino de la necesaria regresión mediante la que se pretende tener acceso a los contenidos inconscientes más antiguos. Desde ahí se intentará modificar esos contenidos por medio de la interpretación y de lo que la transferencia supone de experiencia correctora. Contra lo que muchas personas tienden a pensar, no se trata en un psicoanálisis de “conocer” los antiguos “traumas”, sino más bien, de actualizar, revivir en el presente, mediante la transferencia con el analista, aquellos antiguos odios y amores que no llegaron a decirse y, desde ahí, intentar una reestructuración.

Un tema que nos interesa a nosotros particularmente es el de la extensión que se puede justamente atribuir a este fenómeno transferencial. Ello ha constituido un importante punto de discusión y reflexión en el conjunto de la literatura psicoanalítica²⁴. Para Freud, la transferencia no constituye una creación sino un descubrimiento del psicoanálisis. La transferencia es tan antigua como la medicina. La única diferencia es que el psicoanálisis la conoce y además la maneja como un instrumento fundamental en orden sus objetivos. Toda la escuela francesa en su conjunto ha insistido también en el carácter espontáneo que presentan los fenómenos transferenciales. La actualización de los deseos inconscientes sobre el campo de las relaciones interpersonales está siempre operante, y bastará un pequeño detalle para que se opere el desplazamiento transferencial: un tono de voz, el color de unos cabellos, un nombre o un

²⁴ Cf. I. MACALPINE, *The development of the transference* en “The psychoanalytic Quarterly” XIX (1950) 501-539.

apellido, una forma determinada de gesticular... cualquier cosa basta para despertar antiguos deseos, antiguos temores; para poner en marcha determinados mecanismos de defensa; para permitir que éstos se resquebrajen o vengan a caer por tierra.

No obstante, a partir de la problemática suscitada por I. Macalpine, es necesario reconocer que las condiciones especiales en las que se desarrolla un psicoanálisis contribuyen a crear una especial intensidad y particularidad del fenómeno. La transferencia no constituye tan sólo una reproducción de las agitaciones afectivas que el enfermo vivió en su lejana infancia, sino que constituye también una respuesta inmediata a la situación en la que el análisis lo coloca en relación al analista. La actuación, pues, de este doble factor (uno espontáneo y el otro inducido por la situación analítica) habrá de ser tenida en cuenta a la hora de elaborar una reflexión sobre la intervención de la transferencia en situaciones no analítica.

Transferencias anónimas.

Efectivamente, la transferencia es tan antigua como el intento humano de curar, sea cual sea el ámbito médico, psicoterapéutico o religioso en el que tal intento se haya pretendido llevar a cabo según las diversas épocas y esquemas socio-culturales. Médicos, sacerdotes, magos, brujos, curanderos y... psicólogos, sabiéndolo o no, se han servido todos de ella como sustento de la fe que les pudo hacer eficaces²⁵. Ella es -como nos dirá Freud- *el verdadero vehículo de la influenciación terapéutica y actúa con tanta mayor energía cuando menos se sospecha su existencia*²⁶.

De modo particularmente insistente el tema de la transferencia comenzó a emerger en el campo médico desde que A. Mesmer atribuyera a su "magnetismo animal" el poder curativo sobre sus enfermos. Sus prácticas, por más que la "ciencia oficial" se empeñase por erradicarla no dejaron nunca de aflorar como una tentación permanente. La transferencia parecía querer decir su nombre. Los estudios del británico J. Braid sobre la hipnosis y, finalmente, las investigaciones sobre la sugestión de Liebault y Berheim en la Escuela de

²⁵ Sobre el fenómeno transferencial en el seno del curanderismo me detuve en *Transferencia, omnipotencia y curación: un enfoque psicoanalítico*, en González Alcantud, J.A. - Rodríguez Becerra, S., *Creer y curar: La medicina popular*, Diputación Provincial de Granada, Granada 1996, 251-300.

²⁶ *Psicoanálisis*, 1910, O.C., II, 1661.

Nancy, no vinieron sino a corroborar el papel fundamental que la interacción personal juega en todo proceso curativo²⁷. Comprender la dinámica profunda de esa interacción, sus causas y sus eventuales efectos constituyó la gran tarea, nada fácil como hemos visto, de Sigmund Freud.

Pero no podemos olvidar que la transferencia se resiste a ser plenamente reconocida. Según hemos visto, en el mismo proceso de psicoanálisis no se capta sino "après coup". Fuera de ese contexto, sin embargo, la transferencia parece jugar con otras estrategias para hacerse ignorar. La "ciencia" constituye una de sus mejores coartadas. La aplicación aséptica de unos principios técnicos objetivos se sirven como el mejor camuflaje para ocultar la intervención de una "fe" que no se reconoce en su capacidad tanto mórbida como curativa. El papel, pues, que la transferencia puede de hecho desempeñar en la actividad terapéutica de los psicólogos, sean cuales fueren sus adscripciones teóricas, constituye un campo de debate, sobre el que habremos de esperar aún largo tiempo para considerarlo plenamente dilucidado.

La psicología conductual, que hasta los años 50 se erigió casi con el monopolio de la autodenominada "psicología científica", se esforzó como ninguna otra en eliminar todo rastro de subjetividad en sus elaboraciones teóricas (tan escasas por otra parte) como, sobre todo, en sus intervenciones técnicas. Dentro del positivismo radical en el que se encuadró (particularmente B. F. Skinner siguiendo estrictamente la teoría "operacionista" de Bridgman), lo subjetivo, lo interpersonal, era la escoria que había que evitar cuidadosamente en el empeño afinado por construir una auténtica ciencia de la conducta. La relación terapeuta-paciente sólo se concibe como colaboración en un trabajo de carácter esencialmente técnico. El único objetivo del encuentro es el de obtener la colaboración y, para ello, se procura entrenar y *moldear* previamente la conducta del rol del paciente (CRP). Comprender los motivos por los que un paciente acude a un terapeuta constituye una cuestión excesivamente compleja, que B. F. Skinner renuncia a comprender o explicar. Simplemente se limita constatar que terapeuta puede usar ciertas variables que tiene a su disposición, que derivan de su parecido con miembros de la familia del paciente o con agentes gubernamentales o religiosos que ya han establecido control de otro modo. Reconocimiento implícito, pues, de lo que el psicoanálisis denominó transferencia pero ocultándolo con un lenguaje de corte fisicalista, con términos como *asociación*, *generalización*, *refuerzo*, etc. *El poder inicial del terapeuta como agente de control* -concluye Skinner- *surge del hecho de que la situación*

²⁷ Cf. G. ZILBOORG, *Historia de la psicología médica*, Psiqué, Buenos Aires 1968, 338-352.

*del paciente es aversiva y de que cualquier alivio o promesa de alivio es, por esta razón, es positivamente reforzante...el terapeuta es una audiencia que no castiga*²⁸.

Tanto en el condicionamiento de tipo clásico (pavloviano) como en el instrumental, llamado "operante" por los skinnerianos, se trataba de aplicar una serie de reglas técnicas con el mayor control posible de las variables. En la llamadas *desensibilización sistemática, terapias implosivas, aversivas, condicionamiento encubierto, biofeedback, técnicas de autocontrol, o de aprendizaje social*, la relación entre el psicólogo y el paciente no eran sino una variable más a controlar que, se reconoce, ha sido insuficientemente investigada.

Aunque algunos de los terapeutas del comportamiento más recientes han ensalzado las virtudes de la relación terapéutica, apenas han llevado a cabo alguna investigación relevante sobre los efectos específicos de las conductas del psicólogo en la relación mantenida así como de los efectos de este vínculo sobre los resultados de la terapia²⁹. Algunos estudios realizados entre estos psicólogos conductuales señalan que el paciente "aporta" algo cuando entra en el gabinete del terapeuta: su expectativa para resolver las dificultades que experimenta o, por el contrario, su desconfianza y hostilidad. La competencia que atribuya al terapeuta y la amabilidad que reciba -llegan algunos a aceptar- parece que determina "de algún modo" el proceso. Se reconoce así que los resultados de una misma estrategia terapéutica serán mejores si el terapeuta se hace llamar profesor o si su lista de espera es más larga, sus honorarios más altos, etc.³⁰.

A partir de los años cincuenta, la insuficiencia de los postulados asociacionistas del conductismo, el desarrollo de la informática y las investigaciones de Piaget y de otros autores en el campo de las estructurales mentales confluyeron en el nacimiento de una nueva corriente en psicología conocida como "cognitiva", centrada en la investigación de los procesos de pensamiento³¹. A. Ellis y A. Beck figuran entre sus mejores representantes. Las variables internas (la mente)

²⁸ *Ciencia y conducta humana*, Fontanella, Barcelona 1981, 392.

²⁹ Cf. V. E. CABALLO, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Siglo XXI, Madrid 1995 (3ª) 149. y 755; R. ARDILA, *Terapia del comportamiento*, Desclee de Brouwer, Bilbao 1980.

³⁰ Cf. O. FONTAINE, *Las terapias del comportamiento*, Herder, Barcelona 1981, 158-159.

³¹ Cf. H. GARDNER, *La nueva ciencia de la mente*, Paidós, Barcelona 1988; M. VEGA, *Introducción a la psicología cognitiva*, Alianza, Madrid 1985; M. T. BAJO DELGADO - J. J. CAÑAS MOLINA, *Ciencia cognitiva*, Debate, Madrid 1991.

por fin pudo, a duras penas, conquistar un espacio en la fiscalista "ciencia" de la conducta. Sus cercanías, por tanto, a la psicología dinámica en general y, al psicoanálisis, más en particular, se han comenzado ya a entrever³².

No obstante, tampoco las psicoterapias cognitivas se preocuparon en demasía por los problemas de la relación terapéutica. En cualquier caso, sí se advierte una sensibilidad diferente respecto al tema. Así se pone de relieve, por ejemplo, cuando A. Beck y otros psicólogos cognitivos afirman que, aunque la transferencia y la contratransferencia, no son mecanismos centrales de tratamiento en la terapia cognitiva, la consideración de la relación terapéutica debe constituir un factor importante dentro de este enfoque. Es más, muchos cognitivos no dudan en hablar en sus últimos trabajos de la transferencia, como parte de la relación terapéutica, en el sentido de que el cliente responde a la situación partiendo de creencias y expectativas generalizadas anteriores a la relación establecida con ellos³³.

Es al final de los ochenta y comienzo de los noventa, cuando podemos encontrar un reconocimiento más explícito de los factores interpersonales dentro de las terapias cognitivas. Esos factores se llegan a considerar como el mejor predictor del resultado terapéutico y como barómetro del cambio a través del proceso de psicoterapia³⁴. Sin que los términos de "alianza terapéutica" o "empirismo colaborador" usado frecuentemente por los cognitivos lleguen, pues, a abarcar todo lo que el concepto psicoanalítico de transferencia supone, se advierte no obstante un acercamiento claro al reconocimiento de lo que los factores interpersonales suponen en todo proceso de curación.

Ya en otro ámbito, y dentro del amplio panorama de las psicoterapias dinámicas, el reconocimiento de esos factores ha jugado siempre un papel primordial desde el principio, aunque no siempre se les haya entendido desde el enfoque psicoanalítico de la transferencia. Rogers insistió en los conceptos de "empatía", "calidez" y "autenticidad", necesarios para crear un ambiente no

³² Cf. M. H. ERDELYI, *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*, Labor, Barcelona 1987; M. MAHONEY - A. FREEMAN, *Cognición y psicoterapia*, Paidós, Barcelona 1988.

³³ Cf. W. DRYDEN - A. ELLIS, *Práctica de la terapia racional emotiva*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1989.

³⁴ Cf. E. IBAÑEZ GUERRA - I. CARO GABALDA, *La psicoterapia psicoanalítica vista desde la psicología cognitiva*, en A. ÁVILA ESPADA - J. POCH I BULLICH, *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*, Siglo XXI, Madrid 1994, 612-618.

amenazante de seguridad y afecto, básico para que el individuo pudiera recuperar su equilibrio³⁵.

La Terapia Gestalt por su lado, a partir de sus indudables conexiones y derivaciones de lo psicoanalítico, concede un papel central a las relaciones entre el paciente y el terapeuta, si bien prescinde de las determinaciones inconscientes del pasado, en un empeño por situarse en el "aquí" y "ahora". Su técnica invita al terapeuta a involucrarse personalmente en el proceso, esto es, que muestre su interés y cuidado por el paciente en un plano personal y afectivo y que llegue incluso a compartir con él sus propias experiencias y emociones personales. El terapeuta asume así un papel claramente parental, respondiendo *más con su humanidad que con sus conocimientos o sus técnicas*³⁶. El paciente le puede así prestar su confianza y su fe.

Fe y curación.

Parece innegable que los psicoterapeuta tienden a conceder una importancia excesiva e, en cierta media, injustificada a su propia orientación teórica y técnica en el ejercicio de su profesión. Les sirve probablemente para asegurarse la propia identidad frente a sí mismos y frente a sus colegas pertenecientes a otras escuelas y orientaciones. Pero son muchos los datos que obligan a pensar que los cambios y modificaciones de conducta deben mucho a variables complejas, en buena parte ajenas e independientes de las que el mismo terapeuta pretende manejar de acuerdo con su posición teórica o técnica. Entre ellas, como lo puso de manifiesto la investigación llevada a cabo por la Fundación Menniger, la buena relación terapeuta-paciente parece situarse como una de las claves más importantes para el éxito³⁷.

Uno de los estudios más sistemático sobre factores comunes a las diversas psicoterapias es el que fue desarrollado por J. D. Frank a lo largo de dos décadas³⁸. Afirma este autor que cualquiera que sea la naturaleza y contenido

³⁵ Cf. C. ROGERS, *Psicoterapia centrada en el cliente*, Paidós, México 1988.

³⁶ J. FAGAN - I. SHEPHERD, *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*, Amorrortu, Buenos Aires 1978, 107. Cf. también C. CASTANEDO SECADAS, *Terapia Gestalt*, Herder, Barcelona 1988.

³⁷ Cf. O. F., KERNBERG ET ALS, *Psychotherapy and Psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project*: Bulletin of the Menninger Clinic 36 (1972) 1-276; R. W. WALLERSTEIN, *Los tratamientos psicoanalíticos: una perspectiva histórica*, Hogar del Libro, Barcelona 1991.

³⁸ *Therapeutic components shared by all psychotherapies*. En J.H. HARVEY & M.M. PARKS (Ed.), *psychotherapy research and behavior change*, American Psychological Association, Washington 1981. De esta investigación disponemos de una excelente información en S. J. LINN- J. P. GARSKE, *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1988, 633-637.

de los síntomas psicológicos (fobias, depresión, esquizofrenia, etc...), todos ellos están siempre acompañados por un tipo de perturbación que él llama *desmoralización*. Es decir, por un estado cognitivo caracterizado por algunos de los siguientes rasgos: pérdida de la autoestima, sentimientos de incompetencia, alienación, desvalimiento y desesperanza. La sensación de incompetencia subjetiva deja así a la persona incapaz de afrontar sus síntomas y de responder a las demandas de su entorno. Esta fenomenología de la desmoralización es la que impulsa con frecuencia a la persona a buscar la ayuda de un psicoterapeuta. En la ayuda que éste le ofrece, el paciente se ve enormemente motivado para ser ayudado, esperando que el terapeuta sea un experto empático que lo acepte y le alivie. Esta fe es satisfecha por el apoyo, la calidez, el entusiasmo y la habilidad del terapeuta. La formación de éste y sus credenciales (diplomas, licencias, certificados), así como las maniobras terapéuticas ingeniosas que lleva a cabo, prestan solidez a la confianza del paciente. El espacio especialmente adecuado para la comunicación relajada, los rituales socialmente establecidos (libros, diván, instrumental técnico sofisticado, etc.) contribuyen igualmente a acrecentar la atmósfera de alivio. El paciente por otra parte recibe una "explicación" sobre las causas de sus problemas y sobre el procedimiento que es necesario seguir para emprender su resolución. Todo contribuye, pues, a reforzar la expectativa y la fe del paciente.

H. H. Strupp en otro importante estudio al respecto³⁹ resaltó aún más el papel que la variable interrelacional juegan en todo proceso exitoso de terapia. Dicha relación -afirma Strupp- posee los rasgos de una relación parental simbólica.

Psicoanalíticamente hablando, en efecto, hay que pensar en la profunda regresión que experimenta todo sujeto en la enfermedad física o psíquica, que le conduce a proyectar sus sentimientos de omnipotencia infantil sobre la persona, médico o psicólogo, a la que acude. Imaginariamente esas personas son revestidas de los poderes grandiosos que también se atribuyó a los padres desde la indefensión infantil y desde la profunda experiencia de haber sobrevivido gracias a su ayuda y protección. Teorías y técnicas psicoterapéuticas, adornadas por sus respectivos rituales, contribuyen a que ese tipo de transferencia puede llevarse a cabo y que, consiguientemente, puedan ejercer un poderoso influjo sobre sus demandantes.

³⁹ *On the basic ingredients of psychotherapy*: Journal of Consulting and Clinical Psychology 41 (1973) 1-8.

Como el lector habrá probablemente pensado, el tema de la sugestión inevitablemente se replantea. Y venimos así a un concepto que es tan oscuro como socorrido y del que se habla más de lo que se hace por entender sus mecanismos y procesos. También habría que señalar que probablemente en psicología (y no sólo en ella) se hace más uso de la sugestión de lo que generalmente se confiesa o se está dispuesto a aceptar. No todos los diccionarios de Psicología o Psicoterapia la incluyen entre sus voces. Como si se tratase de un asunto del que el psicólogo no quiere saber. Generalmente, se la entiende como la influencia que se ejerce sobre el pensamiento, el sentimiento, la voluntad o los actos de otra persona, sin pasar por la esfera racional de ésta⁴⁰.

Freud, consciente del poder de esa sugestión como factor terapéutico⁴¹, procuró progresivamente diferenciarla del trabajo analítico llevado a cabo mediante el análisis de la transferencia y su posterior resolución⁴². El analista utiliza la sugestión sólo como factor provisional: el tratamiento no puede acabar hasta que la transferencia queda aclarada y resuelta. El motivo es que con el uso de la mera sugestión, los síntomas desaparecen, pero tan sólo de modo momentáneo⁴³. Basta que el sujeto salga de la situación emotiva que los eliminó para que emerjan de nuevo o se sustituyan por otra modalidad, quizás menos dolorosa o conflictiva, pero igualmente expresiva del problema de fondo. El conflicto psíquico también puede muy bien quedar por siempre desplazada sobre la dependencia transferencial que se creó con el psicólogo⁴⁴.

Desde una óptica psicoanalítica se podría afirmar que la sugestión viene a ser, por tanto, tan sólo una expresión de una dinámica transferencial que no ha sido analizada ni, por consiguiente, tampoco elaborada y resuelta en lo que tiene de núcleo etiopatológico. Ahora bien, quizás habría también que añadir honestamente que si todo enfermar psíquico constituye un proceso oscuro y complejo, igualmente problemático y oscuro debe ser su proceso de resolución.

⁴⁰ Cf. B. BELANGER, *La sugestología*, Mensajero, Bilbao 1970.

⁴¹ Cf. *La dinámica de la transferencia*, 1912, O.C., II, 1652; *Autobiografía*, 1924, O.C., III, 2781-2782; *Psicoanálisis y medicina*, 1926, O.C., III, 2937.

⁴² Cf. *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, 1912, O.C., II, 1658.

⁴³ Cf. *Psicoanálisis y teoría de la libido*, 1923, O.C., III, 2661.

⁴⁴ A este propósito posee un enorme interés psicológico y antropológico la obra de ARTHUR KLEIMAN, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderlands between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press. Berkeley. Los Angeles - London, 1980.

Ya sabemos que el mismo Freud, en sus últimos días⁴⁵, y a partir de una prolongada experiencia psicoanalítica, dejó por mucho tiempo problematizada la cuestión de lo que significa enfermar y, sobre todo, de lo que significa curar.

Estas oscuras complejidades de los procesos de enfermar y curar es la que, entre otras razones, han mantenido siempre en íntima relación a todo tipo de terapia (física o psíquica) con la religión. Ni la medicina ni la psicología se encuentran tan separadas de la religión (en cuyo seno nacieron) con la distancia que ellas tienden a considerar en la orgullosa proclamación de su cientificidad. Salud y salvación con dos conceptos que guardaron siempre - y siguen manteniendo en buena medida- íntimas resonancias. Y la salvación, todos lo sabemos, es una cuestión de fe.

"Creer" en el pastor de la comunidad cristiana.

También en el pastor se deposita una creencia. No por patología ni falta de madurez, sino por naturaleza. Y una cuestión de fe que es la que el pastor trata de transmitir a sus fieles. Transmisión efectuada a través de una palabra (*la fe viene por la palabra*) que tiene lugar también en el contexto de una relación interpersonal. Fe y creencia, por tanto, en la figura del pastor y fe la que a través de ese vínculo se trata de generar, alimentar y robustecer. Una y otra guardan una íntima relación. Y es precisamente ahí donde se plantea un serio problema: son muchas las posibilidades de que la fe religiosa que se trata de transmitir se vea potenciada o perturbada por la fe que en la misma relación se está jugando.

Son muchas las reflexiones teológicas, particularmente de orden pastoral, las que se podrían llevar a cabo a partir del análisis realizado sobre la fe y la creencia en las relaciones psicoterapéuticas⁴⁶. No es la fe, tal como se presenta en el Nuevo Testamento, una adhesión a unos contenidos teóricos o la aceptación de unos postulados morales. Esencialmente es relación, contacto interpersonal que, por sí mismo, se hace salvífico. El encuentro con Jesús cura, proporciona

⁴⁵ Cf. *Análisis terminable e interminable*, 1937, O.C., III, 3339-3364. Sobre la compleja problemática del cambio en psicoanálisis, Cf. las comunicaciones del 37 Congreso de la API, celebrado en Buenos Aires en 1991, presentadas en el *International Journal of Psycho-analysis* 73 (1992), particularmente la de A. M. COOPER, *Psychic change: developments in the theory of psychoanalytic techniques*, 245-250.

⁴⁶ Algunas de estas reflexiones emprendí en los últimos capítulos de la obra *Creer después de Freud*, anteriormente citada.

la salud, libera de los demonios de la incomunicación y las fuerzas autodestructivas.

Y es a través de ese vínculo y de su fuerza liberadora como la fe en el Señor Jesús se abre paso y se establece. Y al mismo tiempo, es la fe, la creencia previa en el poder de Jesús, la que impulsa y conduce al encuentro salvífico.

La interrogación surge de inmediato: ¿qué fe, que capacidad de creencia despiertan hoy los pastores de la iglesia?, ¿qué confianza depositan en ellos los hombres y mujeres de nuestro tiempo?, ¿qué poder, por tanto, poseen sus palabras, sus prédicas, sus catequeses y sus sermones, sus consejos y exhortaciones apostólicas?, ¿qué esperanzas de curación, de salvación, depositan los fieles en los que poseen un papel de responsabilidad en la comunidad cristiana?, ¿cuál es, como solemos decir, su “credibilidad”?

Atendiendo más directamente a la dinámica transferencial establecida, cabría también plantearse una serie de interrogaciones. Porque la transferencia está siempre ahí en cualquier tipo de relación humana que se establezca. Pero de modo más intenso aún en aquellas en las que, como ocurre en la relación con el pastor o catequista (no digamos con el “confesor”), se ven concernidos los aspectos más decisivos e íntimos de la vida personal. ¿Cuál es el papel que los fieles confieren al pastor, habida cuenta de sus vicisitudes personales y del puesto y rol que desempeña ese pastor dentro de la comunidad? Porque, como hemos visto a partir de la relación con el psicólogo, el problema no radica en el hecho de que haya transferencia, puesto que siempre la hay de un modo u otro. El problema radica en su desconocimiento, en la “mala fe” para no reconocerla, o la utilización que se puede hacer de ella en favor de las propias carencias o intereses, con independencia del bien o del daño que ello suponga para el consultante.

Son muchos los elementos que hacen pensar que, del mismo modo que con el psicoterapeuta y en mayor grado todavía, la transferencia con el pastor se desenvuelve esencialmente en una tonalidad filo-parental. El pastor es “padre”, así se le denomina (aun en contradicción manifiesta con la indicación evangélica) en el caso de los presbíteros y así se suscita también por el papel de “representante de Dios y de la Iglesia” que muchos fieles le atribuyen. Madre quizás también por la disponibilidad total que se le exige y por el carácter gratuito de sus intervenciones. Figura parental en cualquier caso que, teológicamente es cuestionable (en la comunidad cristiana el lugar del padre debe quedar vacío), pero que desde el punto de vista psicodinámico puede guardar significados y funciones muy diversas. ¿Qué parentalidad es la que se

juega en esas relaciones pastorales?, ¿la del “padre imaginario” infantil que se presenta a sí mismo como representación de un saber absoluto y de una ley incuestionable, pretendiendo someter a su domino y dependencia a los que considera perpetuamente hijos, pero nunca hermanos?, ¿o la de una parentalidad “simbólica” que juega como intermediaria de una única parentalidad de Dios, que “no habla de su propia cosecha” y que, sobre todo, procura la independencia, la autonomía y la adultez de quien le encuentra?

No es el pastor un psicólogo ni debe procurar desempeñar su papel (y es grande hoy la tentación, en este sentido, en esa extraña y la peligrosa-mezcolanza que se tiende a desarrollar entre psicología y espiritualidad). Pero la fe y la creencia que juega en ambos casos debería dar pie a una reflexión sobre lo que en la relación pastoral se juega a partir y a través de ella. Es lo que se ha pretendido en estas páginas.