

## CAMBIOS EN LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA: PROGRESO O RETROCESO

Dr. Manuel Furer M.D.

El presente artículo es una revisión crítica de algunos de los parámetros técnicos más ampliamente discutidos en la clínica psicoanalítica actual: el rol del terapeuta, del paciente y la naturaleza del encuentro psicoterapéutico. A partir de una revisión de las contribuciones teóricas y técnicas del pensamiento de Sandor Ferenczi, el autor considera su impacto en las propuestas contemporáneas analíticas, lo confronta con la técnica analítica estándar y desarrolla consideraciones en relación a los objetos representacionales, los aspectos dinámicos, la transferencia y la contratransferencia.

**Palabras Claves:** cambios técnicos, técnica estándar, transferencia, contratransferencia, dinámica, objeto representacional.

### SUMMARY:

The present paper is a critical revision of some of the most widely discussed technical parameters in current clinical psychoanalysis: the role of therapist and patient, and the nature of the psychoanalytical encounter. It starts with a revision of the theoretical and technical contributions of Sandor Ferenczi, where the author considers his impact in the contemporary analytical tendencies, comparing it with the standard analytic technique, making some considerations about representational objects, dynamics, transference and countertransference.

**Key Words:** technical changes, standard technique, transference, countertransference, dynamics, representational objects.

En el presente artículo, consideraré la técnica psicoanalítica en relación a sus antiguas y nuevas utilizaciones, y las notables congruencias que existen entre los escritos técnicos de Sandor Ferenczi con aquellas revisiones de lo que, hoy en día, podemos llamar “técnicas estándares”. El título de este artículo, “Cambios en la Técnica Psicoanalítica: Progreso o Retroceso”, es una adaptación de un artículo escrito por Ferenczi en 1929, llamado “Progreso en la Técnica” y publicado en 1930, como “El Principio de la Relajación y Neocatarsis” (Ferenczi, 1930). En esa ocasión, Ferenczi planteó que, posiblemente, el término “progreso” fuera una expresión poco afortunada; y que tal vez sería mejor usar el título “Retrógrado o Retroactivo” pues, como él decía “ir hacia atrás puede ser avanzar”. La posición de Ferenczi fue argumentar a favor del regreso a la temprana teoría de Freud, cuando la patogénesis de la neurosis era considerada como consecuencia del impacto traumático que la seducción del adulto producía en el niño, y el tratamiento consistía en la recuperación de la memoria, la catarsis, y en el uso de la personalidad del analista para influir en el paciente. Desde esta posición, “injustamente abandonada”, es que Ferenczi elaboró una modificación de la temprana técnica, otorgando mayor énfasis, aumento y expansión al rol del analista, lo que permitiría no sólo una re-experienciación del trauma, sino que, además, una experiencia correctiva, y por esta vía una neocatarsis que lograría sanar exactamente en el lugar donde las otras técnicas habían fracasado.

La nueva técnica de Ferenczi, de 1930, fue también una importante modificación de aquello muy parecido a lo que conocemos actualmente como técnica estándar. Hacia 1930, el rol de la transferencia había alcanzado un papel relevante (Strachey, 1934), y empezaba a existir una comprensión mayor de la

transferencia y contratransferencia. Ferenczi adicionó al trauma de la seducción sexual, la poderosa fuerza perturbadora de la hipocresía de los padres, como el agente patogénico principal, y la hipocresía de los analistas como un obstáculo para la cura.

Desde esta perspectiva, he querido señalar - como es evidente en mi título -, que los cambios técnicos actuales, tal como son recomendados y practicados, son “retrógrados” en el sentido de que regresan a una temprana tradición, específicamente a los procedimientos técnicos del Ferenczi de inicios de 1930, excluyendo las experimentaciones más radicales de los últimos tiempos de Ferenczi reveladas en el recientemente publicado *Diario Clínico* (Ferenczi, 1988).

En el intento de delinear la influencia de sus ideas, se puede destacar una estrecha conexión entre Ferenczi y la escuela de psiquiatría de Sullivan, en la cual, muchos de sus alumnos y analizandos se adscribieron a esta teoría y método interpersonal, llegando algunos de ellos a ser influyentes profesores. En los escritos de los adherentes a esta escuela, antes y ahora, lo que se considera patológico es la mantención de las soluciones desadaptativas al conflicto del niño con el mundo externo de los cuidadores, sin focalizarse necesariamente en la sexualidad. Para esta escuela, al igual que para Ferenczi, la cura radica en la interacción entre paciente y analista; y por tanto, el comportamiento del analista es fundamental. Por muchas décadas las creencias y prácticas de la escuela de Sullivan parecieron estar encapsuladas, esto es, no integradas a la teoría del conflicto. Pareciera no existir el mismo grado de reconocimiento de la herencia intelectual, por parte de otras escuelas que han planteado revisiones del pensamiento analítico, pero existe un sentido de cultura compartida. Sin embargo, entre los analistas freudianos, para quienes el conflicto intrapsíquico permanece como el fundamento original de la patogénesis, la fuente para este movimiento “retrogresivo” es aún menos clara. De hecho, actualmente, parece existir un cierto rebalse o filtración de una escuela a otra. Sin embargo, al igual que Ferenczi, todas ellas comparten la creencia de que en el “aquí y ahora” de la experiencia analítica, todas las manifestaciones psíquicas del analista en interacción con el paciente, juegan el rol principal en la determinación del contenido del proceso psicoanalítico.

Es más, esta interacción no sólo es considerada una observación más precisa de lo que efectivamente sucede, sino, nuevamente al igual que Ferenczi, como una síntesis de técnica y teoría de la cura.

El interés de este artículo consiste, pues, en destacar la influencia de Ferenczi sobre la contemporánea revisión de los pensamientos analíticos, sin pretender dirigir este análisis a una discusión de gran alcance sobre datos y procedimientos. En vez de eso, pretende comentar aquello que parece más útil para ilustrar esta influencia. Como analista clínico no es posible evitar unirse a la discusión.

Tanto para Ferenczi, en su momento, como para sus herederos contemporáneos, lo que aparece como original es una comprensión más sofisticada de la relación analítica. En última instancia, la fuente de estas innovaciones a la técnica estándar, se basan en la descripción de Freud (1914) de la transferencia como el pasado revivido en el presente: “El paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado, pero lo actúa; reproduce no como memoria, sino como acción; repite, sin saber que está repitiendo, debemos tratar su enfermedad como un fuerza presente” (Freud, 1914, p. 151): Sólo tenemos que agregar lo que colocó a Freud sobre este camino, esto es, su descubrimiento de que los anhelos y deseos de esta “fuerza” se dirigen al analista, pasando por un complejo y formidable desvío en el intento psicoanalítico freudiano por recuperar el pasado.

En los primeros artículos sobre la técnica, el analista era un observador objetivo, a menos que los efectos de la contratransferencia perturbaran su comprensión. Freud no articuló la existencia de una interacción constante como lo hizo Ferenczi. Personalmente, entiendo que la interacción continua es parte de cualquier relación humana, pudiendo ser de variadas intensidades, y concuerdo con Brenner (1996) y Loewenstein (cf. Arlow, 1991 pp. 289-292) en que no hay un modelo en la vida para entender la naturaleza de la relación en la situación psicoanalítica, en donde en la mente del analista y - uno espera cada vez más - en la mente del paciente, el propósito es comprender las operaciones de la mente de los pacientes, dentro de la situación analítica y en la vida externa.

## SECCIÓN I: CONTRIBUCIONES DE FERENCZI

Retomando aquellos preceptos de Ferenczi - que revelan las capacidades terapéuticas por las que Freud lo había elogiado, y las cuales están aún en uso en nuestra técnica estándar contemporánea - vale la pena destacar la intensidad y tenacidad con la que Ferenczi buscó una mejor terapia, así como el hecho de que a él le eran, frecuentemente, referidos todos aquellos pacientes que habían fracasado con otros analistas (Ferenczi, 1988, p. xi). Enfatizó, tal como la mayoría de los textos contemporáneos, la necesidad de la sensibilidad del analista respecto de sí en el trabajo, su contratransferencia y su subjetividad. Escribió en 1919, “el terapeuta es siempre un ser humano, y como tal susceptible de tener simpatías y antipatías, tanto como impulsos; sin tales susceptibilidades, por supuesto, no podría tener comprensión de los conflictos psíquicos de sus pacientes” (Ferenczi, 1919 (1950), pp. 186-7).

En contraste con Freud, pensaba que “usualmente, se sostiene que un grado excesivo de ‘antipatía’ es una indicación de la imposibilidad de tomar a un paciente en análisis; sin embargo, una comprensión más profunda de la relación, nos ha llevado a considerar tal cosa como inaceptable en principio...; el objetivo inconsciente del comportamiento intolerable es frecuentemente el de ser alejado” (Ferenczi, 1928, p. 95). En nuestro tiempo, ésto podría ser descrito como una “actualización” (Boesky, 1990), o como una “provocación al rol del analista” (Sandler, 1976). En mi opinión, como para Ferenczi, la respuesta puede ser potencial y no inevitablemente interactiva.

El siguiente comentario surgido desde Ferenczi, anticipa las conceptualizaciones de Ernst Kris del pensamiento creativo (1952, 243-264; 303-320), e incluye los constructos de Hartmann del funcionamiento autónomo del Yo (1939), enfatizando lo que Freud llamaba “la muy tranquila voz de la razón” (Freud, 1927, p. 53).

“Por un lado, la terapia analítica requiere del analista el juego libre de la asociación y la fantasía, con toda la indulgencia de su propio inconsciente. De hecho, sabemos a partir de Freud, que sólo de esta manera es posible aprehender intuitivamente las expresiones del inconsciente de los pacientes, que se esconden en el material manifiesto, en la forma del discurso y el comportamiento. Por otra lado, el analista debe supeditar el material que le presenta el paciente al escrutinio lógico, y debe dejarse guiar por el resultado de este ejercicio mental. Esta alternación constante entre el juego libre de la fantasía y el escrutinio crítico presupone una libertad, una desinhibida motilidad de la excitación psíquica por parte del clínico. Sin embargo, Freud agrega, ni por un momento debemos relajar la vigilancia y el criticismo necesario hacia nuestras propias tendencias subjetivas”.

Diez años después, como hemos visto, Ferenczi encontró que ciertas tendencias subjetivas en el analista, aportaban tanto a las experiencias traumáticas como a las correctivas, llegando a ser particularmente útiles en la cura. Tempranamente, describe el desarrollo de la contratransferencia en la profesión del analista como un verdadero e ininterrumpido movimiento evolutivo. En la primera etapa, el analista nuevo -que ha sido un paciente él mismo, muy recientemente- se identifica inconscientemente con sus pacientes, se convierte en su defensor, y quiere que ellos cumplan sus deseos. Subsiguientemente, resiste su propia actitud, la reprime, y entra en la segunda etapa de la contra-resistencia, superando las tempranas identificaciones pero estableciendo la actitud contraria de sobre-objetivación y, perdiendo a consecuencia de ésto, el contacto íntimo con el inconsciente de su paciente. Finalmente, en una tercera etapa, logra un equilibrio razonable entre estas dos polaridades, una contratransferencia sublimada: el analista se identifica o se separa, en la medida y de la manera necesaria, para sus propósitos racionales. El analista maduro es ahora capaz de “dejarse ir”, esto es dar completa indulgencia a su propio inconsciente, y también de escuchar sus señales preconscientes para saber cuando poner su escrutinio crítico en operación. Esta oscilación entre el juego libre de la fantasía y el escrutinio crítico es lo que caracteriza al analista experimentado. Se ha agregado recientemente, que las fantasías del paciente son puestas por éste en espera de una particular respuesta del analista, y de esta forma se actualizan. Que exista un propósito y un objeto en estos derivados de impulsos, en mi opinión, enfatiza la usual carga que pesa sobre el analista o, como decía Freud, una tentación para la contratransferencia. En las recientes teorías sobre la técnica, estas respuestas son consideradas como particularmente útiles. Yo enfatizaría los factores cuantitativos, tanto en el paciente como en el analista, que producen variaciones ya en la respuesta, ya en el libre juego y escrutinio crítico. A mi juicio, ésto marca las

diferencias entre los distintos analistas y las diferencias en distintos momentos en un mismo análisis. Sin embargo, la idea de que la representación o actualización de respuestas por parte del analista tenga prioridad sobre la oscilación del juego libre, reflexión y el juicio consciente, es lo que yo cuestiono.

En la discusión con diversos colegas, mi planteamiento es que estas interacciones, frecuentemente más sutiles en la técnica estándar, fomentan una resistencia en la conciencia del Self. El trabajo exigido al paciente es subvertir la exoactuación de deseos infantiles, por supuesto, con el analista como el objeto de este fin. Tratar de alterar la respuesta del analista, o tratar de establecerla, es también tratado por la resistencia. La ilusión de que el deseo de transferencia está siendo cumplido parcialmente es inevitable, como Boesky plantea, pero como Nunberg y Tarashow acotan, el hecho de que el cumplimiento del deseo sea una realidad en la mente del paciente, hace menos probable que el paciente pueda ser analizado. La capacidad de reflexión y el insight disminuyen la resistencia y, también, aquellos elementos de la repetición movilizados en la transferencia. Sin la abstinencia - esto es, la no satisfacción de los deseos transferenciales - la necesidad del paciente de comprender disminuye. Debería agregar que en la práctica el analista pensando bien, puede tener que alterar su comportamiento con ciertos pacientes, cuando es evidente que está fomentando la resistencia; por ejemplo, Brian Bird (1972) concluyó que tenía que hablar menos, con el objetivo de que su paciente pudiera reconocer que era su fantasía que el analista lo estuviera regañando, como su madre alguna vez lo había hecho.

Volviendo a Ferenczi, la mejor explicación de la alegoría de Freud sobre el cirujano y el espejo, tal como era entendida en ese tiempo, está contenida en la siguiente admonición: “Antes de que el médico decida decirle algo al paciente, debe retirar temporalmente su libido de éste, y sopesar tranquilamente la situación; bajo ninguna circunstancia debe permitirse ser guiado sólo por su sentimiento” (Ferenczi, 1928, pp. 90). El analista, como el cirujano, debe adquirir la capacidad para esta disociación temporal, debido a que no viene equipado con ella. Esto contrasta con algunos defensores contemporáneos de la técnica que encuentran que la respuesta emocional espontánea es auténtica, y por lo tanto, especialmente útil (cf. Levenson, 1988). Para Ferenczi, comprender al paciente es una función de la capacidad natural para la identificación, y concluye que sería el refinamiento de esta capacidad lo primero en la técnica psicoanalítica. Tal como en la contratransferencia de la tercera etapa, a pesar de la sublimación o alejamiento de los deseos, estos últimos permanecen inconscientemente activos.

Algunos analistas contemporáneos critican la técnica psicoanalítica de 1950, en algunos casos hasta el punto de caricaturizarla como autoritaria, arrogante, sobreconfiada y presuntuosa, en relación al conocimiento que se tiene del paciente (Hoffman, 1996). Algunos pensadores revisionistas, explican esta perjudicial indiferencia como la inevitable manifestación conductual del principio de la abstinencia y neutralidad. Ferenczi, de un modo cordial, advierte a sus colegas: “Nada es más nocivo para el análisis, que una actitud de maestría o una actitud autoritaria por parte del analista. Todo lo que le decimos al paciente, debería serle comunicado bajo la forma de una sugerencia tentativa y no como una opinión influyente; y lo sugiere no sólo como un modo de evitar irritarlo, sino porque siempre está presente la posibilidad de que podamos equivocarnos”. Y posteriormente agrega: “No debiéramos tener vergüenza de confesar abiertamente nuestras equivocaciones. No debemos olvidar que el análisis no es un proceso sugestivo, primariamente dependiente de la reputación e infalibilidad del médico. Lo único que exige es la confianza en la franqueza y honestidad del médico, la cual no debería sufrir por la franca confesión de los errores” (Ferenczi, 1928, pp. 94-95).

En esta aleccionadora conferencia, Ferenczi también recuerda a sus colegas: “Cada paciente sin excepción, advierte las peculiaridades más pequeñas en la conducta del analista, su aspecto externo o su manera de hablar, pero sin un aliento previo, ninguno de ellos se atreverá a decírselo a él, aunque fracasen, en lo que constituye una cruda transgresión de la primera regla del análisis” (Ferenczi, 1928, p 93). La reticencia del paciente a hacer comentarios personales parece haber sido redescubierta en la literatura contemporánea, pero en ella, la recomendación es que el analista pida al paciente que precise sus juicios en relación a aquello que presume es su correcta observación, esto con el objetivo tanto de fomentar la interacción, como de aprender sobre nosotros mismos. (Gill, 1994). Ferenczi aconseja que “no tenemos ninguna alternativa, sino detectarnos a nosotros mismos a partir de las asociaciones del paciente, cuando hemos ofendido sus sentimientos estéticos debido a nuestros fuertes ruidos nasales, cuando los hemos ofendido con la expresión

de nuestra cara, o cuando se siente impelido a comparar nuestra apariencia con la de otros de mejor prestancia” (Ferenczi, 1928, p.93). Uno puede contrastar las ideas de Ferenczi acerca del compromiso continuo y del darse cuenta de la propia subjetividad, con la posición de Freud, y con la de otros que se sienten libres para aconsejar a los pacientes y para participar con ellos en lo que sienten que serían interacciones inocuas (Kris, 1924). Tal vez, como sugirió Lipton (1977), Freud consideraba tales acciones fuera de la técnica, y presumiblemente para un uso benigno del conocimiento del paciente. Una abierta revelación de uno mismo, como en la actualidad se recomienda, es entendida como esencial para la igualdad y la autenticidad (Renik, 1995). Antes y ahora, tal apertura puede no ser inocua en relación a distorsionar la transferencia o a influir en la vida del paciente.

Otro precepto de Ferenczi gira en torno al siguiente aspecto: “Un especial modo de este trabajo de revisión parece ocurrir en cada caso; me refiero a la revisión de las experiencias emocionales que ocurren en el curso de un análisis. El análisis mismo, llega gradualmente a ser una parte de la historia de la vida del paciente, la que él revisa antes de decirnos adiós. En el curso de esta revisión es -desde cierta distancia, y con mucha mayor objetividad- que él mira las experiencias a través de las cuales pasó desde el comienzo de su encuentro con nosotros” (Ferenczi, 1928, p 97).

## **SECCIÓN II: LA EXPERIMENTACIÓN DE FERENCZI**

Me referiré brevemente a su temprana experimentación, la que hasta ahora no le ha sido reconocida en términos de su efecto y significación. Su primer experimento fue llamado “terapia activa”, en el que intentó producir un aumento de la tensión a través de la prohibición de la descarga encubierta de la libido, en la situación analítica, y a veces fuera de ella, con la finalidad de concentrar la libido y focalizar la descarga en la asociación libre y en la expresión afectiva durante la sesión (Ferenczi, 1919; 1920; Ferenczi y Rank, [1925]1986). Sin embargo, este método fracasó y, consecutivamente, él siguió practicando el análisis del carácter y del Yo de Freud, no obstante ésto le dejaba con la impresión de que la relación entre el terapeuta y el paciente había llegado a ser mucho más parecida a una entre un profesor y un alumno, y que el paciente no se atrevía a rebelarse contra esta actitud didáctica. En consecuencia, exhortó a los analistas a fomentar en los pacientes expresiones más libres de sus sentimientos agresivos. Sin embargo, percibió que su inflexibilidad acerca de tales materias, con el tiempo, “produjo una resistencia, que sentí era excesiva, y una repetición demasiado literal de los incidentes traumáticos de la infancia del paciente” (Ferenczi, 1929, p.114). El uso de esta rigidez por parte de los pacientes obsesivos como resistencia, lo llevó a “quitarle de las manos esta arma a través de la indulgencia” (Ferenczi, 1929, p. 114). Estos casos que en un principio había pensado que eran excepcionales, llegaron a ser tan numerosos que lo condujeron a proponer un nuevo principio, el de la indulgencia. Ferenczi llegó a distinguir que en el procedimiento analítico estándar existían dos elementos opuestos: uno que producía un estado creciente de tensión a través de la frustración que él imponía, por ejemplo, inmovilidad; y el otro, la relajación, que a través de la libertad permitía hablar y emocionarse. Para él, los pacientes se resistían a experiencias. Esto, señala Ferenczi, corresponde a la enseñanza de los niños: la ternura y el amor y, al mismo tiempo, la imposición de los requerimientos para adaptarse a una realidad dolorosa a través de la renunciación. Accediendo a los deseos y demandas de sus pacientes, encontró que ellos desarrollaban un nuevo tipo de confianza. También desarrollaban síntomas histéricos, los cuales representaban sus recuerdos. Lo que llamaba la atención, era que el pasado reconstruido poseía un sentimiento de realidad y materialidad, recordándolo a través de acciones y afectos. Estas reacciones representaban la confirmación del trauma infantil inconsciente, los recuerdos que se siguen del “laborioso trabajo analítico” recomendado por Freud. Detrás de la estructura de la neurosis, tal como ella se expresaba en la transferencia, existía siempre un verdadero trauma psíquico, como resultado de un conflicto con el ambiente (Ferenczi, 1929).

En este tiempo, Ferenczi todavía daba gran importancia al complejo de Edipo, pero otorgaba mucha mayor importancia al afecto incestuoso reprimido de los adultos hacia los niños. El niño, postuló, desea aun en su vida sexual, sólo juego y ternura, no la pasión depositada sobre él a través de seducciones traumáticas.

Ferenczi comunica, con entusiasmo, el comentario de Anna Freud sobre él: “Ud. trata realmente a sus pacientes, como yo trato a los niños a quienes analizo” (Ferenczi, 1929, p.122). El aludía, en cierta medida,

al período preparatorio de Anna Freud para ganar la confianza del paciente; pero agregaba además, que era la actividad de ambos participantes lo técnicamente decisivo (Ferenczi, 1931).

En 1933 (Ferenczi, 1933) llegó a la conclusión de que era la similitud del procedimiento analítico con la situación infantil, lo que acrecentaba la compulsión a la repetición y las distorsiones en el paciente. Era, particularmente, la hipocresía de los padres, quienes habían seducido y proyectado la culpabilidad de esa seducción en el niño, negando la transgresión, y al mismo tiempo prohibiendo el comportamiento sexual en el niño, el factor patogénico fundamental. El conflicto significativo, esto es el conflicto original, se situaba entre el individuo y el mundo externo y no dentro del individuo.

Al incitar a sus pacientes a la relajación más profunda y a la entrega más completa a sus impresiones y emociones, encontró que los pacientes devenían más infantiles en su discurso y en los otros modos de expresión, más no-verbales que verbales; el movimiento expresivo y las ideas visuales aparecían como en el juego infantil. El frío silencio expectante del analista y su fracaso en manifestar cualquier reacción, tenían el efecto de perturbar la libertad de asociación. Lo mismo podría ocurrir en la interrupción del juego de los niños en el cual al analista se le asignaba un rol. Es en el famoso ejemplo del abuelo donde ilustra esta observación (Ferenczi, 1933). El paciente vive al analista como un abuelo en quien, presumiblemente, en parte confía y en parte juega. El analista responde con el rol asignado, como si de hecho fuera el abuelo, entrando en un juego semejante a aquel que el niño informó en el análisis. Como con ciertos niños, en la intensificación de la actividad familiar, Ferenczi era atacado por no tomar el juego suficientemente en serio. Este fue el comienzo de la teoría final de Ferenczi de la patogénesis y la cura. La experiencia de las “ocultas tendencias a la exoactuación” tenía que ser revivenciada completamente en el presente, pero fundamentalmente, con el analista fuera de la transferencia como un objeto diferente o nuevo. Concluye que la actitud cariñosamente amistosa del paciente, se derivaba originalmente a partir de las tiernas relaciones entre la madre y el niño. Los ajustes de la pasión, la desobediencia y las distorsiones neuróticas eran los resultados posteriores del trato falto de tacto por parte de los que rodean al niño.

Ferenczi, a partir de esta distinción, encuentra que los pacientes estaban adecuadamente preparados para expresar su agresión. En respuesta a ello, sentía que era mejor admitir, honestamente, lo que encontraba desagradable en la conducta de los pacientes, interpretando también el esfuerzo de poner al analista en el rol del padre sancionador. Su conclusión final era que, lo más traumático, estaba en la insinceridad e hipocresía de los padres que manifestaban amar al niño sin ambigüedad. El propósito final de su técnica es la reconciliación entre el nuevo padre, el analista sincero, y el niño maltratado en esta teoría interpersonal: el paciente sabe, que para estar a salvo de la situación de su infancia, debe permitirse la repetición en afecto y acción del pasado doloroso.

Ferenczi observó que hay una fisura en la personalidad del paciente, en la cual el niño se siente abandonado, y adopta el rol del padre o madre en la relación consigo mismo, anulando este hecho. El resultado bajo esta represión, es la escisión del Self en una parte culpable, sufriente y brutalmente destruida y una parte que lo sabe todo pero que no siente nada. Posteriormente, es el analista en la técnica estándar, quien es idealizado por el paciente con el fin de preservarlo.

Un resumen sintético de qué sería lo curativo, puede ser planteado del siguiente modo: Después de la interpretación y estimulación del analista al paciente, surge en éste último la posterior representación de un comportamiento, más y más amenazante, para obligar al analista a un acto de castigo, que el analista demora. La parte más infantil del paciente se siente abandonada, y debe volver su agresión contra sí mismo, particularmente, si la culpabilidad de los adultos fue proyectada. La situación completa se hace más crítica, debido a que el adulto ha negado la existencia de la experiencia del niño, es decir, que nada lo habría dañado. Una reparación de esto, en el curso de la niñez, es infrecuente, debido a que habría sido necesario que la madre se hubiese hecho presente con cierta comprensión y ternura, y hubiese sido también completamente sincera. La segunda parte de este trabajo analítico, es el efecto traumático del momento en que el analista pone fin a la tolerancia irrestricta. Esto reproduce la situación infantil, la rabia impotente que requeriría una discreta comprensión, y una reconciliación con el analista, en vez de lo que Ferenczi llamaba “la perdurable enajenación como respuesta a la situación en la niñez”.

Ferenczi también observó “una exagerada y refinada sensibilidad del paciente por los deseos, tendencias,

antojos, lástimas y antipatías” (Ferenczi, 1933, p.158) de su analista, la que era reprimidas defensivamente a través de la identificación con él, instigado por la hipocresía profesional del procedimiento analítico estándar.

El método de Ferenczi, no conocido aún, fue ilustrado en un reciente Panel norteamericano (Panel, 1994). Un paciente llega a enojarse cuando el analista le informa que deberá cancelar una sesión a la que no había asistido, y se queja de que el analista sólo está interesado en el dinero. El analista interpreta este ataque como el intento del paciente de evitar enfrentar sus verdaderas razones internas para no pagar. En la discusión posterior el analista, honestamente, admite que el paciente tiene razón al percibir el malestar del analista debido a su avaricia. Esto provoca una interacción con el analista que activa los recuerdos del paciente de su obediencia defensiva con los engaños de su padre.

Ferenczi plantea “parecería ser ventajoso ocasionalmente cometer ciertos errores con el objeto de admitir, posteriormente, estas fallas frente al paciente. Este consejo, sin embargo, es innecesario puesto que nosotros cometemos errores y desaciertos con mucha frecuencia” (Ferenczi, 1933, p. 159). En la actualidad tales fenómenos se explican como parte del interjuego entre la transferencia y la contratransferencia, existiendo en ellos una gran complejidad de móviles; no obstante, la sugerencia del reconocimiento tiene asidero hoy en día. Otra hipocresía común del analista identificada en el Panel, es aquella en la que se seduce al paciente a creer que él solamente y siempre quiere ayudarlo, cuando a veces el analista es competitivo y resentido, lo que de hecho sucede.

Ferenczi pregunta, “¿puede Ud. realmente aplicar el término psicoanálisis a lo que sucede en estos ‘análisis infantiles’ de los adultos? ... ¿qué ha sucedido con la sutil disección ... de la reconstrucción de la formación del síntoma?” (Ferenczi, 1931, p. 140). Su respuesta era que sus análisis, durante meses e incluso años, “operaban en el nivel del conflicto entre las fuerzas intrapsíquicas” (ibid). Para él, sin embargo, tarde o temprano, ocurría “el colapso de las superestructuras intelectuales” y de la deformada lente del conflicto intrapsíquico, y la situación traumática fundamental irrumpía a través del conflicto original entre el niño y su descuidado ambiente protector.

Para resumir la teoría de Ferenczi de la patogénesis: él concluye que es la sobreimposición precoz de la apasionada, sobreculpabilizada carga de amor del adulto sobre el inocente e inmaduro niño -quien demanda ternura-, lo que vincula al niño al objeto, imponiendo una distorsión del Self y una represión de un conocimiento adecuado del adulto. Este pasado es vuelto a vivir en la interacción con el analista y es corregido finalmente por las respuestas espontáneamente auténticas de éste. Partidarios y adversarios concuerdan, en que sea lo que sea lo que se produzca en delinear la relación humana en el análisis, Ferenczi habría dedicado sus últimos años al esfuerzo de intentar curarse a sí mismo a partir de una comprensión parcial. El dijo: “en mi caso, una agresividad infantil y el rechazo de amor hacia mi madre llegó a ser desplazado a los pacientes. En vez de sentir con mi corazón, yo sentía con mi cabeza. La cabeza y el pensamiento reemplazan el corazón y la libido” (Ferenczi, 1988, p. 86).

### **SECCIÓN III: EJEMPLOS CONTEMPORÁNEOS**

Anton Kris encontró un problema parecido al de Ferenczi, al trabajar con un grupo de pacientes narcisistas que habían también tenido fracasos previos en otros análisis (Kris, 1990). Su primitivo autocriticismo inconsciente era proyectado sobre al analista, quien era entonces sádicamente atacado: el síndrome era “un círculo vicioso de auto-privación y catectizaciones narcisistas”. Las interpretaciones por sí mismas no eran suficientes y estos pacientes requerían lo que Kris llama “sostén”, es decir una postura afirmativa para prevenir el retorno de la externalización de un criticismo castigador, y así ser capaz de continuar participando en el proceso analítico a través de la asociación libre, cosa que el paciente era incapaz de hacer anteriormente. Esta aparente contradicción con el principio de neutralidad (abstinencia), él la llama neutralidad funcional, lo que yo entiendo como el no jugar el papel asignado al analista, esto es de Superyo severo.

En otro artículo, Kris (1994) utiliza los esfuerzos realizados por Freud en el tratamiento de la Sra. Riviere, como una ilustración de una respuesta intuitiva a lo que ella necesitaba. Señala el contraste entre la conducta de Freud y su insistencia sobre la objetividad y la abstinencia. Kris plantea que estos principios se originaron

en la obligación de Freud por establecer la respetabilidad científica del psicoanálisis, y conducir la técnica clásica a una minimalista austeridad. Esta impresión del ideal de un observador frío, separado y silencioso, es compartida por muchos de quienes se analizaban en la década de 1950. James McLaughlin (1991) escribió una mordaz caricatura de este tipo de analista y Shelley Orgel (1995) escribió un artículo apoyando dicha caricaturización con datos de su experiencia personal en supervisión.

El enfoque clásico contemporáneo, que considero una repetición de este criticismo, es ofrecido por Paul Gray (1994), quien alude al tema de que la fantasía de una figura de autoridad afable del analista ofrece una resistencia formidable. Llama a ésto, una influencia maternalista sobre la resistencia, centrada en el permiso del Superyo como una defensa, y cita a Ferenczi: “lo que tales neuróticos necesitan es realmente ser adoptados y poder participar por primera vez en sus vidas, de las ventajas de un maternaje normal” (Gray, p.139). Según Gray, probablemente también según Ferenczi, el más amplio rango de pacientes no puede desarrollar una capacidad para una relativa autonomía y aceptación de la realidad, por lo tanto ellos requieren de medidas protectoras que los protejan de algunas de las angustias del núcleo de la metodología psicoanalítica. Al paciente se le permite conservar ciertas defensas superyoicas inconscientes internalizadas a partir de la interacción permisiva y aprobadora. Este podría ser, también, el resultado final de los procedimientos de Ferenczi, pero en su método, los pacientes no podían ser salvados de la angustia de tener que revivir el pasado doloroso.

Otros teóricos revisionistas, insisten que alguna posición derivada de la intersubjetividad es inevitable (Renik, 1993; Boesky, 1993). En relación con ésto, tiendo a estar de acuerdo, sin embargo como el paciente lo experimenta, en mi opinión, depende de su realidad psíquica incluyendo el estado de la transferencia en ese momento. Un ejemplo de ésto aparece en un artículo sobre técnica de Ernst Kris (1951), donde señala que la interpretación hecha a un niño de que se estaría identificando con la agresión de su dentista al momento de quebrar la punta de los lápices, podría ser tomado por éste como una interpretación de su deseo femenino de ser castrado y penetrado. Respecto al analista, estas preguntas son planteadas por Ernst Kris en otro ejemplo, cuando sin ser consciente, cambia sus palabras al hacer a menudo una observación repetida, diciendo a su paciente “su necesidad de amor” en vez de “su demanda de amor” (Kris, 1951, p. 28). ¿Fue el trabajo de la intuición preconsciente de Kris, como él dice, o la contratransferencia, la permisividad, o el resultado a una respuesta al rol auténtico del analista hacia el amor activo?

#### **SECCIÓN IV: LA TRANSFERENCIA**

Una situación particular ha ocurrido en relación a la evolución del concepto de la transferencia. Este poderoso vehiculizador de la neurosis del paciente, en pocas palabras, el poner al analista en el rol del padre y al analizando en el rol del niño es considerado actualmente como una vía autoritaria, inexacta y extraviada. Owen Renik plantea: “Es difícil ver cómo esa distinción entre analista y paciente, puede hacerse en base a la involucración real de ambas partes, esto es, el grado en el cual cada uno expresa respuestas emocionales en la acción” (Renik, 1993, p. 140). En tanto esto no es aún la igualdad del análisis mutuo, como en los últimos experimentos de Ferenczi, permanecen estables las reglas fundamentales de la construcción analítica que la definen como un psicoanálisis del paciente. Sin embargo ya no tenemos que preocuparnos más por esa desigual gradiente de poder en la situación analítica. Que los datos del psicoanálisis están determinados por la interacción mutua es confirmado, en el pensamiento de los revisionistas, me parece, por sus observaciones de que el darse cuenta de la contratransferencia sólo puede ocurrir después de su escenificación. Dale Boesky, combinando ambas ideas, plantea que “si el analista no se involucra emocionalmente, tarde o temprano, de una forma no intencional, el análisis no se desarrollará hacia una conclusión exitosa” (Bowsky, 1990, p. 573).

El poder del analista como terapeuta parece estar siempre presente. De tal modo que en la medida en que su poder como una figura de transferencia disminuye, e incluso puede llegar a no ser considerada, sus respuestas se vuelven más naturales y beneficiosas. Renik, en una línea similar dice “muchas de las cosas más útiles que hacemos, las hacemos por razones de las cuales no podemos ser conscientes en ese momento” (Renik, 1993, p.144).

Estos aspectos del trabajo analítico podrían ser correctos y deberían ser cuidadosamente examinados,



como en el ejemplo del error de Ernst Kris. Sin embargo, si ellos son entendidos, siguiendo a Ferenczi, como curativos por sí mismos a causa de la espontaneidad y autenticidad de la experiencia correctiva, un factor importante podría quedar soslayado, esto es, la comprensión autónoma por parte del paciente de cómo trabaja su mente.

Por ejemplo, Renik argumenta que el optimismo terapéutico de un paciente reproducía una relación que éste había tenido con una tía, lo que activaba en el analista la consiguiente fantasía (Renik, 1993, p.148). A través de la transferencia y de la idealización, el analista sentía que podría triunfar con este paciente ahí donde otros habían fracasado. Esto fue seguido por una desilusión mutua y rabia en el analista, lo que lo condujo, según sus palabras, hacia la imagen de la madre deprimida del paciente. La respuesta del paciente a este inconsciente pero genuino ataque competitivo de parte del analista, condujo la interacción hasta el punto de no saber quién se sentía más culpable, el analista o el paciente, apareciendo el recuerdo de la culpabilidad del paciente por su sadismo hacia su madre y su expectativa de castigo. La argumentación ofrecida en este ejemplo es que sólo el genuino contenido emocional de la contratransferencia, parte de una interacción, conduce a la repetición y la corrección de este conflicto infantil. El resultado final, el cual me parece esta basado en la idea de una nueva experiencia con un nuevo objeto es, según Renik afirma, “dos personas imperfectas quienes cuidándose el uno al otro, pueden interactuar con el objeto de preservar su relación a partir de una mutua desilusión” (Renik, 1993, p.151).

Renik habla de la conciencia analítica, poniendo el bienestar del paciente en primer lugar, lo que siguiendo a Ferenczi, llega a ser crucial en la negociación de una reconciliación en el presente en contraste a la enajenación en el pasado. El conflicto intrapsíquico no se minimiza sino que, en mi opinión, se torna secundario. Ferenczi lleva el objetivo de la reconciliación quizás un poco más lejos: “El resultado final del análisis de la transferencia y la contratransferencia es el establecimiento de una benévola y desapasionada atmósfera tal como existió antes del trauma” (Ferenczi, 1988, p.27).

En una técnica interpersonal pura el analista diría a su paciente: “¿Qué lo lleva a Ud. a pensar que yo no estaría enojado y que no desearía herirlo?”, con el propósito de traer la experiencia al aquí-y-ahora, y eventualmente volver a revivir y corregir el pasado dentro del setting analítico (Levenson, 1988). La meta de mantener la función observadora autónoma del Yo y reforzarla, tal como lo enfatiza Paul Gray, me parece que sería una tarea atemorizante después de este tipo de intervención.

## **SECCIÓN V: RECONCILIACIÓN**

Boesky plantea que ya que la mente del paciente está tratando con representaciones de objeto, la suposición de que la conducta real del analista es percibida correctamente es inverosímil, y consecuentemente, “la actual tendencia a considerar las revelaciones de la contratransferencia son engañosamente sinceras” (Boesky, 1990, p. 569). Esto no quiere decir que las correctas percepciones del paciente acerca del analista sean irrelevantes. La conducta del analista puede anular la transferencia, aunque como he indicado, en mi opinión esto sucede, debido a que el paciente puede incluir esa conducta en su particular resistencia. No obstante -Boesky, como Renik- concluyen que la respuesta motora en el analista es una clave de que la escenificación ya ha tenido lugar. Sin embargo, que esto signifique que la comunicación haya alcanzado al paciente y llegado a ser importante en el trabajo analítico no es una implicancia necesaria. Estoy de acuerdo con Gitelson de que es la contratransferencia persistente la que presenta efectos problemáticos, y que la emergencia de estas respuestas son fácilmente confrontadas (Gitelson, 1952).

Boesky cree que es una ficción que las resistencias sean creadas solamente por el paciente; para mí es una ficción útil para el propósito del discurso. La experiencia analítica es por supuesto más compleja, pero: las resistencias fijas, aunque estrictamente hablando las formaciones de compromiso, representan la particular organización defensiva del paciente. En el decir de Boesky, el verdadero éxito es la comprensión de la interacción de los fracasos de ambos participantes. Yo lo entendería como la colusión o la interacción de las resistencias que mejor podrían ser analizadas. La conclusión de Boesky de que las resistencias se negocian entre el paciente y el analista, son establecidas en mi opinión, al igual que muchas declaraciones de algunos freudianos contemporáneos, probablemente, para enfatizar lo que ellos sienten ha sido descuidado; éstas son las observaciones de Ferenczi de que la interacción -en el sentido más amplio, como parte de la relación

humana- es continua en el análisis.

El descubrimiento más crucial de Freud para la práctica del análisis, es que la transferencia es, por un lado, una urgencia de repetir en la acción cualquier tipo de conducta, silencio, palabras, afectos, fenómenos motores, etc. primariamente para gratificar o descargar los deseos instintivos inconscientes; y por otro lado, desde un punto de vista técnico, una resistencia a recordar la sustitución de representaciones, tal como actualmente se le llama al pensamiento, la reflexión, los recuerdos y la autoconciencia. La Psicología del Yo de los años cincuenta aportó una detallada consideración acerca de las capacidades e incapacidades del Yo del analizando en el proceso de trabajo psicoanalítico. No existen dificultades, por supuesto, en extender estas mismas consideraciones al examen de la mente del analista. Sin embargo, cuando la distinción entre la introspección, reflexión, autoconciencia y representación es disuelta, ese aspecto de la corrección llamado insight, está en peligro de perderse. Como Ferenczi sugirió ¿puede el procedimiento por él creado en 1930 y que está siendo revivido en el presente, por supuesto modificado con respecto a los contenidos, elucidar la estructura de las neurosis?

Existe una maduración y un desarrollo de la capacidad de auto-observación y auto- conciencia, ya desde la infancia. Estoy de acuerdo con Paul Gray (1994) de que ellas están inevitablemente implicadas en el conflicto, cuyo análisis es una parte importante de nuestro trabajo. Si este enfoque conduce a destacar la frialdad del analista, el péndulo en la actualidad se ha balanceado demasiado lejos en la otra dirección. Mi conocimiento del procedimiento analítico de la década de los cincuenta, tiempo en el cual me formé, no confirma este retrato del analista, aunque a lo que ahora se llama la subjetividad del analista y sus efectos sobre el paciente no se le daba ciertamente la misma importancia que en la actualidad.

En 1950, la comprensión de la realidad psíquica del paciente era nuestro exclusivo interés, a menos que una evidente contratransferencia interfiriera, y esa contratransferencia era considerada en esos días como un obstáculo para la comprensión y no como una iluminación (cf. Stein, 1981). En este momento, quisiera hacer una distinción entre la recomendación para considerar la interacción como una fuente adicional de datos acerca del paciente y del analista, el mandato de poner el énfasis en la interacción como dato, y aun más significativamente, la recomendación para usar la interacción como terapia en el psicoanálisis.

Una ilustración de estas diferentes orientaciones fue presentada en un panel sobre “La influencia del analista”, en la Asociación Psicoanalítica Americana en 1994. En esa ocasión el Dr. McLaughlin informó sobre un caso con el que estaba incluso exasperado, expresándole emocionalmente a su paciente que su consumo de droga era autodestructivo y que él estaba realmente preocupado. En la discusión con los panelistas, el Dr. Brenner planteó: ¿Por qué no preguntarle qué es lo que ella pensaba acerca de su propio comportamiento? El a pesar de estar de acuerdo con reconocer que la conducta era autodestructiva y debería ser señalada, insistió en volver a la psiquis del paciente más que focalizarse en la interacción.

El Dr. McLaughlin contestó que su expresión espontánea había estimulado más material del paciente que el que había estado apareciendo en el último tiempo, que había sido un período algo estancado de su análisis, y en el cual se había dirigido hacia la realidad psíquica. La discusión en el panel se hizo en torno a los argumentos de que el procedimiento del Dr. McLaughlin mostraba los elementos apropiados para la igualdad de los participantes, más que la presunción de autoridad implícita en la pregunta del Dr. Brenner. Dada la polémica suscitada, que no es de naturaleza sutil, yo plantearía en relación al caso, que uno debería observar cuidadosamente en las asociaciones del paciente, ya sea inmediatamente o quizás meses después, el significado y efecto de la interacción en el análisis, esto es en la transferencia, tanto como fuera de él, esto es donde el efecto es a menudo desplazado.

Los proponentes del nuevo ideal técnico tienden a caricaturizar el procedimiento estándar. Boesky afirma que “la búsqueda de la máxima objetividad a través de la limitación de la influencia de la psicología individual, derivada completamente a partir de la verdadera naturaleza de los sucesos clínicos, tanto como los esfuerzos relacionados con la autoconciencia de las motivaciones personales antes de actuarlas nunca puede ser una estrategia exitosa”. La diferencia de este punto de vista, contemporáneo al de 1950, es ilustrada por la recomendación de Boesky de que nosotros no restrinjamos nuestra involucración apasionada e irracional en el trabajo clínico y por la conclusión de Hartmann en una conferencia previa sobre Freud de que nuestro propio análisis nos hace más tolerantes a las pasiones en nosotros mismos. En la década de los noventa y por

muchos años la conciencia de nuestra subjetividad, y el efecto que ella tiene en nuestra interacción con el paciente, ha hecho el análisis algo más complejo y más interesante para ambos, lo cual apenas altera el hecho de que la realidad psíquica del paciente complejiza los datos del análisis.

## SECCIÓN VI: EL DESACUERDO Y EL CONSTRUCTIVISMO SOCIAL

Existe otro argumento que finaliza con una recomendación similar basada en la primacía de la subjetividad del analista. Comienza a partir de la epistemología contemporánea; esto es, que la verdad objetiva no se puede obtener sino a través de un observador que inevitablemente participa en ella, si es que ella existiera en última instancia. Un conjunto de ideas post-modernas que han reemplazado el tan aludido positivismo ingenuo de los días de Freud.

Parafraseando a Terry Eagleton (1983), en una visión general, esta visión post-moderna del mundo podría arrojar una grave duda sobre las clásicas nociones de verdad, realidad, significado y conocimiento, las cuales podrían considerarse apoyadas en la ingenua teoría representacional del lenguaje. Si la realidad es construida por nuestro discurso, más que reflejada a través de él ¿cómo podríamos conocer la realidad en sí misma, y no sólo saber sobre nuestro propio discurso?

Una visión menos generalizadora derivada del pensamiento post-moderno, el constructivismo social, sostiene que la realidad surge en el proceso de ser construida por las partes interactuantes, el hombre y la sociedad, o el hombre y el hombre, momento a momento. Esta epistemología, introducida a la ciencia social en la década de los sesenta por Berger y Luckmann (1967), es promulgada por Irwin Hoffman, y fue adoptada posteriormente por Merton Gill, del siguiente modo: Hoffman escribe “Aunque el sentido del posible valor de esta posición se mantiene, existe también un cierto sentido de incertidumbre en relación a cómo las cosas son significadas por uno mismo y por el paciente en un momento dado, junto con el reconocimiento de que otros tipos de interacciones podrían ser posibles y útiles» (1992,

p. 291). “Lo que no es posible en este punto de vista es la total transcendencia de los terapeutas analíticos de su propia subjetividad” (1992, p. 292). Hoffman cree que lo anterior contradice el paradigma positivista del análisis clásico, entendido como “Una visión del proceso en el cual los analistas o terapeutas psicoanalíticos se consideran a sí mismos capaces de permanecer fuera de la interacción con sus pacientes, de modo de poder generar juicios e hipótesis confiables sobre la historia del paciente, la dinámica y la transferencia y sobre sus propias conductas momento a momento” (1992 p. 289). Este criticismo de los analistas, en el pasado, parece establecer una condición en la cual sus perspectivas no sólo eran objetivas, sino algunas veces absolutas. La búsqueda de una verdad siempre cambiante, incompleta e imperfecta por parte de un observador participante es probablemente suficiente para investigadores menos sofisticados.

El nuevo paradigma sostiene que los datos de la situación analítica son co-construidos por la transferencia y la resistencia de las dos partes interactuando. Si éste fuera el caso, el argumento indica que el analista está menos limitado por el uso de una teoría, más abierto a la individualidad de él mismo y del paciente, y libre para ser espontáneo, emocional y auténtico. Particularmente importante es la suposición de que el paciente se interesa activamente en explorar los aspectos personales del analista, y es a menudo preciso en sus percepciones.

La curiosidad o -presumo cualquier otro derivado de impulsos - no es solamente la expresión de un deseo prohibido o poco realista, sino también una búsqueda relativamente saludable de un contacto significativo con el analista. En esta teoría interpersonal, la curiosidad es considerada como una tendencia básica de los seres humanos enraizada en los intereses del infante en la subjetividad de la madre. Esto es una breve derivación ferenciana de la teoría del conflicto original del niño con el cuidador inauténtico, y si el analista es abierto y honesto puede anular el trauma de la falta de tacto y de la hipocresía.

La contradicción es evidente si compartimos la idea de la complejidad y la ambigüedad de las respuestas humanas que se originan en los conflictos intrapsíquicos. Encontrar un acuerdo acerca de lo que es auténtico llega a ser un tema muy difícil, sin embargo es una cuestión significativa. El siguiente es un ejemplo dado por Hoffman de una posición absolutista opuesta a la suya: “La tradicional idea de que siempre es mejor explorar los deseos del paciente considerados bajo condiciones de abstinencia y privación, es otro reflejo del pensamiento positivista. Esto implica que la ‘verdadera’ naturaleza del deseo o necesidad del paciente

será expresada si el analista no ‘contamina’ el escenario cediendo a las presiones de aquél. En el modelo constructivista, por otro lado, cualquiera sea la forma en que el analista responda, probablemente afectará aquello que sea encontrado en relación a la intensidad y cualidad del deseo del paciente” (1991, p. 89).

Un ejemplo adicional ilustrará mi desacuerdo con la dirección de estas tendencias: Renik (1993b) argumenta en favor del reconocimiento de la subjetividad irreductible del analista, afirmando que es liberador para ambos - paciente y analista - y que también protege contra el efecto negativo de hacer del analista una madre ideal que lo entiende todo perfectamente. Me parece que lo que está siendo devaluado no es solamente el poder de la transferencia, sino también la validez misma del método analítico. El analista, en mi opinión, no puede liberar al paciente, ni mucho menos a sí mismo de la idealización. Esto es una distorsión transferencial y contratransferencial, no una aceptación o rechazo de la influencia del analista, de sus equívocos o sus interpretaciones correctas. La subjetividad del analista puede producir la idealización o desilusión, dependiendo de las fantasías del paciente que predominen, cualesquiera sean las intenciones del analista, conscientes e inconscientes.

La caricatura implícita del analista tradicional trae a colación algunos de nuestros aspectos más sobresalientes, pero lo que es aún más impactante son los prejuicios que colorean esta caricatura. En la misma línea los interpersonalistas suponen que el paciente conoce a sus padres, pero que no tiene conciencia de aquello que él conoce. Para mí, lo que él conoce de sus padres y del analista es una distorsión a través del lente de sus impulsos conflictivos intrapsíquicos que conforman el conflicto.

Finalmente, hasta donde yo sé, no existe hasta ahora ninguna teoría explícita de patogénesis, a pesar de las revisiones contemporáneas que corresponda a un supuesto nuevo paradigma en la técnica. El tan llamado por otros nuevo paradigma se constituye en lo que ha sido el procedimiento de tratamiento interpersonal, conservando la teoría intrapsíquica de la patogénesis de la clásica teoría freudiana. Un intento en un terreno común ni posible ni científicamente productivo. Otro grupo ha continuado la tradición sullivaniana con el reconocimiento de la influencia de Ferenczi. Algunos pensadores revisionistas han agregado la racionalización de una reciente y elegante epistemología a la teoría interpersonal.

Uno puede comprender y valorar los esfuerzos de los pensadores analíticos contemporáneos por encontrar una mejor forma de cura. Pero yo deseo terminar con una pregunta polémica: Si nosotros presumimos que nuestro paciente viene portando la creencia arraigada en nuestra cultura del mayor conocimiento del analista, y en este sentido de una mayor autoridad y, si por otro lado, sabemos que la transferencia regresiva puede comenzar desde el inicio, ¿cuál sería el resultado de corregirle este punto de vista desde el principio? Esto es, de indicarle al paciente que hay diferentes teorías e hipótesis, que no estamos seguros de ninguna de ellas, que no contamos con respuestas y sólo le prometemos un trabajo de colaboración entre dos iguales. ¿Podría ser éste un criterio recomendable? ¿Conduciría ello a que el paciente entendiera mejor?

## REFERENCIAS

- Abend, S.M. (1988). Intrapsychic versus interpersonal: the wrong dilemma. *Psychoanal. Inquiry*, 8:497-504.
- Alexander, F. (1933). On Ferenczi's relaxation principle. *Int. J. Psychoanal.*, 14:183-192.
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanal. Dialogues*, 1:29-51.
- Aron, L. & Harris, A. (eds.) (1993). *The Legacy of Sandor Ferenczi*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Balint, M. (1965). *Primary Love and Psycho-analytic Technique*. London, Tavistock Publications.
- Berger, P. and Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Blum, H.P. (1994). The confusion of tongues and psychic trauma. *Int. J. Psychoanal.*, 75:871- 882.
- Boesky, D. (1982). Acting out: a reconsideration of the concept. *Int. J. Psychoanal.*, 63:39-56.
- Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *Psychoanal. Q.*, 59:550-584.
- Boesky, D. (1995). Countertransference and Resistance, the Impossible Terms of the Impossible Profession. Lecture delivered to The New York Psychoanalytic Society, 1995.
- Brenner, C. (1995). The nature of knowledge and the limits of authority in psychoanalysis. *Psychoanal. Q.*, 65:21-31.
- Chused, J.F. (1991). The evocative power of enactments. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39:615- 640.
- Chused, J.F. (1992). The patient's perception of the analyst: the hidden transference. *Psychoanal. Q.*, 61:161-

- De Forest, I. (1942). The therapeutic technique of Sandor Ferenczi. *Int. J. Psychoanal.*, 23:120- 139.
- De Forest, I. (1954). *The Leaven of Love. A Development of the Psychoanalytic Theory and Technique of Sandor Ferenczi.* New York: Harper and Brothers.
- Dupont, J. (1994). Freud's analysis of Ferenczi as revealed by their correspondence. *Int. J. Psychoanal.*, 75:301-320.
- Ferenczi, Sandor (1930). The principle of relaxation and neocatharsis. In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis. Selected Papers of Sandor Ferenczi, Volume III*, ed. M. Balint. New York: Basic Books, Inc, 1955, pp.108-124.
- Ferenczi, S. (1931). Child-analysis in the analysis of adults. In: *Final Contributions: New York: Basic Books, Inc, 1955, pp.126-142.*
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between adult and child.. In: *Final Contributions: New York: Basic Books, Inc, 1955, pp.156-167.*
- Ferenczi, S. (1950). *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, ed. M. Balint. New York: Basic Books.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1986). *The Development of Psychoanalysis.* Madison, CT: Int. Univ. Press.
- Ferenczi, S. (1988). *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*, ed. J. Dupont. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Frederickson, J. (1990). Hate in the countertransference as an empathic position. *Contemp. Psychoanal.*, 26:479-496.
- Freud, S. (1914) Remembering, repeating and working through. *S. E.*, 12:145-156. Freud, S. (1927) The future of an illusion. *S. E.*, 21:5-56.
- Friedman, L. (1978). Trends in the psychoanalytic theory of treatment. *Psychoanal. Q.*, 47:524- 567.
- Gill, M.M. Hoffman, I.Z. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 30:137-168.
- Gill, M.M. (1994). Conflict and deficit: Book review essay on *Conflict and Compromise: Therapeutic Implications.* *Psychoanal. Q.*, 63:756-780.
- Gray, P. (1994). *The Ego and Analysis of Defense.* Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanal. Q.*, 64:1- 22.
- Grubrich-Simitis, I. (1986). Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. *Int. Rev. Psychoanal.*, 13:259-278. Grunberger, B. (1980). From the "active technique" to the "confusion of tongues." In: *Psychoanalysis in France*, ed. S. Lebovici & D. Widlöcher. New York: IUP, pp.127-152.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*, trans. J. Macquarrie and E.S. Robinson. New York: Harper and Row.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31:81-84.
- Hoffer, A. (1991). The Freud-Ferenczi controversy -- a living legacy. *Int. Rev. Psychoanal.*, 18:465-472.
- Hoffer, A. rep. (1994). Panel: The Development of Psychoanalysis by Sandor Ferenczi and Otto Rank (1924). *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 42:851-862.
- Hoffman, I.Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemp. Psychoanal.*, 19:389-422.
- Hoffman, I.Z. (1991). Reply to Benjamin. *Psychoanal. Dialogues*, 1:535-544.
- Hoffman, I.Z. (1991). Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Dialogues*, 1:74-105.
- Hoffman, I.Z. (1992). Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Dialogues*, 2:287-304.
- Hoffman, I.Z. (1992). Reply to Orange. *Psychoanal. Dialogues*, 2:567-570.
- Hoffman, I.Z. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanal. Q.*, 63:187-218.
- Hoffman, I.Z. disc. (1995). Review Essay: *Oedipus and Beyond* by Jay Greenberg. *Psychoanal. Dialogues*, 5:93-112.

- Hoffman, I.Z. (1996). Merton M. Gill: a study in theory development in psychoanalysis. *Psychoanal. Dialogues*, 6:5-54.
- Hoffman, I.Z. (1996). The intimate & ironic authority of the psychoanalyst's presence. *Psychoanal. Q.*, 65:102-136.
- Jacobs, T.J. (1986). On countertransference enactments. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34:289-308. Jacobs, T.J. (1991). *The Uses of the Self*. Madison, CT: International Universities Press.
- Kirshner, L.A. (1993). Concepts of reality and psychic reality in psychoanalysis as illustrated by the disagreement between Freud and Ferenczi. *Int. J. Psychoanal.*, 74:219-230.
- Kris, A.O. (1990). Helping patients by analyzing self-criticism. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 38:605-636.
- Kris, A.O. (1990). The analyst's stance and the method of free association. *Psychoanal. Study Child*, 45:25-42.
- Kris, A.O. (1992). Interpretation and the method of free association. *Psychoanal. Inquiry*, 12:208- 224.
- Kris, A.O. (1994). Freud's treatment of a narcissistic patient. *Int. J. Psychoanal.*, 75:649-664. Kris, E. (1951). Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. *Psychoanal. Q.*, 20:15-30. Also in: Kris, E. *Selected Papers*. New Haven: Yale University Press, 1975, pp. 237-51.
- Lear, J. (1990). *Love and Its Place in Nature: A Philosophical Interpretation of Freudian Psychoanalysis*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Levenson, E. (1988). Show and tell: The recursive order of transference. In: *How does treatment help?* Ed. A. Rothstein. Madison, CT: International Universities Press, pp.135-144.
- Levine, H.B. (1994). The analyst's participation in the analytic process. *Int. J. Psychoanal.*, 75:665-676.
- Lewin, B. (1946). Countertransference in the technique of medical practice. In: *Selected Writings of Betram Lewin*, ed. J.A. Arlow. New York: The Psychoanalytic Quarterly, 1973, pp.449- 458.
- Lilla, M. (1995). *New French Thought in Political Philosophy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Lipton, S.D. (1977). The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man. *Int. J. Psychoanal.*, 58:255-274.
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 41:16-33.
- Lum, W.B. (1988). Sandor Ferenczi (1873-1933) - The father of the empathic-interpersonal approach, part one: Introduction and early analytic years, *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 16:131-154.
- Lum, W.B. (1988). Sandor Ferenczi (1873-1933) - The father of the empathic-interpersonal approach, part two: Evolving technique, final contributions and legacy. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 16:317-348.
- Mclaughlin, J.T. (1981). Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanal. Q.*, 50:639-664.
- Mclaughlin, J.T. (1987). The play of transference: Some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 35: 557-582.
- Mclaughlin, J.T. (1988). The analyst's insights. *Psychoanal. Q.*, 57: 370-89.
- Mclaughlin, J.T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *J. American. Psychoanal. Assn.*, 39: 595-614.
- Manent, P. (1995). *An Intellectual History of Liberalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Natterson, J. (1991). *Beyond Countertransference: The Therapist's Subjectivity in the Therapeutic Process*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Orange, D.M. (1992). Perspectival realism and social constructivism: commentary on Irwin Hoffman's "Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation". *Psychoanal. Dialogues*, 2:561-565.
- Orgel, S. (1995). A classic revisited: K.R.Eissler's "The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique". *Psychoanal. Q.*, 64:551-570.
- Putnam, H. (1981). *Reason Truth and History*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Renik, O. (1993). Technique in light of the analyst's irreducible subjectivity.. *Psychoanal. Q.*, 62:553-571.
- Renik, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. In: *Psychic Structure and Psychic Change: Essays in Honor of Robert S. Wallerstein*, ed. M. Horowitz, O. Kernberg and E. Weinshel. Madison, CT: International Universities Press, pp.135-158.

- Renik, O. disc. (1994). Commentary on Martin Stephen Frommer's "Homosexuality and psychoanalysis", *Psychoanal. Dialogues*, 4:235-240.
- Renik, O. (1994). Publication of clinical facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75:1245-1250.
- Renik, O. (1995). The role of an analyst's expectations in clinical technique: Reflections on the concept of resistance. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 43:83-94.
- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanal. Q.*, 64:466-495.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int. Rev. Psychoanal.*, 3:43-48. Schwaber, E. (1983). Psychoanalytic listening and psychic reality. *Int. Rev. Psychoanal.*, 10:379-392.
- Stein, M.H. (1981). The unobjectionable part of the transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 29:869-892.
- Thompson, C. (1943). The therapeutic technique of Sandor Ferenczi: a comment. *Int. J. Psychoanal.*, 24:64-66.
- Wallerstein, R.S. (1990). The corrective emotional experience: Is reconsideration due?, *Psychoanal. Inquiry*, 10:288-324.

**En: <http://users.rcn.com/brill/furer.html>**

**Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.**

**ALSF-CHILE**