

EL ENCUADRE ANALÍTICO Y MÁS ALLÁ DE ÉSTE: RECONSIDERANDO LAS CONTRIBUCIONES DE FERENCZI

YK Chan.¹

RESUMEN

Como punto de partida, se discutirá el concepto de marco analítico con una analogía de que es lo que es un encuadre. Se mostraran distintos aspectos de este concepto, con especial atención en aquello relacionado con la neutralidad y la abstinencia, que ha conducido a ciertos problemas teóricos y prácticos en la relación analista-paciente. El fracaso observado en la aplicación del análisis freudiano ortodoxo en pacientes con severos trastornos de carácter, sugiere la necesidad de replantear el marco analítico. Las contribuciones de Sandor Ferenczi, se discuten en términos de sus trascendentes, innovadores y humanos aportes al encuadre analítico ortodoxo con el fin de incluir la participación tanto del paciente como del analista. Los diferentes pacientes y formas de tratamiento requieren distintos encuadres analíticos, y el psicoanálisis no debiera centrarse solamente en el paciente excluyendo al analista.

Palabras claves: Psicoanálisis, Psicoterapia, Teoría

INTRODUCCIÓN

Un marco sirve para distinguir una cosa de otra, para diferenciar lo interno de lo externo, o bien para incluir cosas en su interior. El marco en sí, a diferencia de su contenido, debería ser más sólido, firme y constante; por ejemplo, sería imposible confinar agua dentro de un marco gaseoso. El marco es también el límite o frontera, que nos dice donde terminan las cosas. Este ensayo ilustrará el concepto de marco analítico refiriéndose a esta analogía. Los problemas de la rígida adherencia a este marco son presentados en relación con su artificialidad, con la imposibilidad de ser practicada y con la falta de contacto humano durante el análisis. Las contribuciones de Sandor Ferenczi se discuten en términos de su trascendencia humana e innovadora en el marco analítico ortodoxo. También se presenta su defensa en favor de la relevancia de la relación terapéutica. Además aunque el psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica no es practicada por la mayoría de los clínicos en Hong Kong (1), el siguiente estudio contiene información acerca de las complejidades de la terapia analítica, algunas de las cuales son comunes a todas las formas de psicoterapia.

EL MARCO ANALÍTICO

La situación analítica debe ser distinguida de una situación social común o cualquier otra circunstancia en la que participen dos personas. Existe un constante encuadre físico, cuyo contenido debe revelar tan poco acerca de la particularidad del analista como sea posible, de modo que los elementos personales del analista no perturben el desarrollo de la transferencia. Esto puede sonar muy ideal o incluso imposible, en la

1.- Address for correspondence: Mr. YK Chan. Clinical Psychology Unit 4 Social Welfare Department 1204-06 City Landmark One. Tsuen Wan, NT. Hong Kong, China. E-mail: chanykee@hkusua.hku.hk experiments in psychoanalysis. In: Rudnytsky PL, Bókay A, Giampieri-Deutsch P, editors. Ferenczi's turn in psychoanalysis. New York: New York University Press; 1996:170-188. 29. Borossa J. Introduction. In: Borossa J, editor. Selected writings of Sándor Ferenczi. London: Penguin Books; 1999:IX-XL

medida que este requisito sugiera un vacío cuando se lleva al extremo. Sin embargo, el principio orientador de neutralidad debe ser defendido. El paciente se acuesta en el sofá con el analista sentado al lado, pero fuera de la vista del paciente. Si bien el origen de este acuerdo se remonta al famoso comentario de Freud donde menciona su incapacidad para tolerar todos los días el contacto visual con tantos pacientes, el sentido analítico y las funciones han sido bien documentados (2). El paciente parece lograr mejor la regresión cuando se recuesta en el sofá ya que esto se asemeja a la postura del bebé en la cama o incluso al feto dentro del útero. A diferencia de estar de pie o sentarse derecho, lo cual implica una mayor independencia y significa enfrentarse con el mundo y por lo tanto con la realidad; estar acostado significa mirar en dirección al cielo, desde el cual, durante la infancia suele generalmente venir la fuente de gratificación y frustración. El paciente, además, puede desarrollar mejor la transferencia hacia un objeto supuestamente neutral, ya que no ve las expresiones faciales o la actitud del analista, y éste último puede parecer más neutral.

El encuadre también asegura la privacidad durante las sesiones; los pacientes se recluyen olvidando la preocupación de la vida diaria. El proceso analítico parece ser más exclusivo en términos de la confidencialidad y de la dedicación por parte del analista, así como sus derivadas y representación interna en el inconsciente. Esta exclusividad se aplica también a la concentración en el mundo intrapsíquico del paciente y a las complejidades de la transferencia y la contratransferencia en la relación analítica.

Es importante para que exista consistencia y continuidad, que las sesiones sean regulares en cuanto a cantidad y duración, como asimismo que exista amor y cuidado de parte del analista. El paciente se anticipará a la sesión para ansiarla o evitarla. El paciente y el analista también preestablecerán y acordarán las vacaciones, las cuales representan la unión y la separación entre el bebé y el cuidador. Dichos acuerdos se asemejan a los horarios de alimentación de los bebés para que se sientan amados y valiosos a través de las acciones; por ejemplo, la regularidad de las sesiones, en lugar de las palabras. (2) La duración limitada de cada sesión recuerda al paciente que debe haber un fin para cada viaje en su mundo interno y representa la esencia finita de la vida; el analista, entonces, presumiblemente se parecerá más a una persona real con sus propias necesidades. El límite de tiempo también sirve para distinguir la hora analítica de las otras horas del día (lo interno del marco en oposición a lo externo) en función de la diferencia intrínseca del contenido y del proceso de la relación. Por lo tanto, entre las sesiones no debe alentarse el contacto. Esto implica que, aparte de la relación analítica, el analista no debiera tener ningún tipo de relación con el paciente.

No deben existir sesiones indefinidas o sesiones a petición, lo cual implica que el paciente no estará infinitamente gratificado. El tiempo del que dispone el analista para otros pacientes es un recordatorio del hecho que él es un objeto frustrante, en forma casual, sólo disponible en un tiempo apropiado. De este modo, se frena la omnipotencia del paciente y del analista.

La función contenedora del marco analítico es relevante, dada la variabilidad y la fluidez del proceso analítico. Tiene que ser lo suficientemente firme de modo que el paciente se sienta seguro para explorar el material intrapsíquico y los sentimientos del pasado. El objetivo no es consolar al paciente, sino estar abierto a los sentimientos y hacer posible que salgan. El paciente permanecerá frustrado en relación a la mayoría de sus necesidades infantiles y querrá expresarlas en el análisis. Esta frustración no debe confundirse con la apatía emocional o la falta de preocupación del analista. La función de él es transmitir su capacidad de comprender y aceptar toda la gama de sentimientos que puedan expresarse. El objetivo de la comprensión acentúa el logro de un nivel mayor de madurez en el procesamiento de los sentimientos de uno. Esta capacidad se demuestra en percibir el sentimiento detrás de diversos actos en lugar de trivializarlos.

De este modo, a través de la interpretación del analista se ayuda al paciente a lograr un nivel similar de *insight*.

Etchegoyen formuló que la función de contenedor sirve para la evolución de la regresión curativa y terapéutica. (3) Al paciente se le da la oportunidad de regresar a diferentes sentimientos del pasado manifestados y contenidos. Casement ofreció una vívida analogía de la noción de contención. (4) Los sentimientos difíciles son similares al derramamiento de líquidos sobre el propio continente del paciente. Tales sentimientos “buscan” una forma personal de contención o sostenimiento en lugar de aquellas impersonales, como las drogas u hospitalización. Dentro de este estado de ser contenido, se crean las condiciones para que el paciente descubra por primera vez que es posible dirigir su vida. Esto es muy

diferente de la experiencia pasada en la que los sentimientos difíciles debían de ser evitados, al igual que las otras personas habían evitados los sentimientos del paciente. En la relación analítica, contener los sentimientos es permitirlos. A pesar de que tales sentimientos sean intensamente negativos y dirigidos al analista, si el analista sobrevive al ataque del paciente dicha experiencia sirve para cultivar la personalidad. Por parte del paciente, se restablecería una tendencia a crecer en forma saludable y comenzaría otra vez el proceso de desarrollo.

Esta capacidad para la contención es uno de los aspectos más variable entre los distintos analistas. Zac diferenciaba entre constantes relativas y absolutas dentro de la situación analítica a partir de diversas variedades de procesos. (5) Este autor define como constante absoluta a los elementos presentes en cada psicoanálisis con poca o ninguna variación. La constante relativa, sin embargo, depende mucho del analista y es una función de la díada analista-paciente. Estas constantes, incluida la capacidad para contener, parecieran ser con mayor certeza trasgredida, debido a la contratransferencias no analizadas. Zac introdujo el concepto de “actitud analítica” para ayudar al analista a protegerse contra los cambios de las constantes relativas (5). Por otra parte, el analista al permanecer abstinentemente al deseo del paciente, es también un observador comprometido, imparcial y sereno del proceso analítico. Tal actitud es tomada en el sentido de una instrumentalizada técnica y es utilizada por un analista interesado en ayudar a su paciente. Es tanto un tema de comportamiento como de actitud mental, con el fin de poner el menor número de variables en el proceso. Esta actitud se debe mantener a lo largo de las sesiones. Olagaray sostuvo que su internalización podría ser llevada a cabo sólo al final, aunque el marco se establezca al inicio del análisis (J Olagaray, datos no publicados).

MARCO ANALÍTICO, SITUACIÓN ANALÍTICA Y MUTUALIDAD

La descripción anterior, aparentemente implica el papel del analista como una máquina analítica que frena su propia involucración en la relación; el paciente parece ser un mero objeto de análisis. La mutualidad en la relación es casi inexistente. Esto podría ser consecuencia de la adherencia rígida al marco, a expensas del proceso. Un marco y su contenido son inseparables estéticamente incluso en la práctica. Del mismo modo, la demarcación entre el marco analítico y el proceso podría ser demasiado artificial para ser real. Tomándolos como un todo sería más significativo. La combinación de los dos podría ser visto como la situación analítica, que Etchegoyen definió como una relación particular entre dos personas, ambos soportando reglas, para llevar a cabo la tarea de exploración del inconsciente del paciente con la participación técnica del analista. Gitelson lo describió como la configuración total de la relación interpersonal y los acontecimientos desarrollados entre el analista y el paciente -la comunicación en su totalidad, ocurría entre ellos en la zona de interacción. (6)

Baranger incluso conceptualizó la situación analítica como un campo dinámico con una estructura temporal y espacial, orientada por líneas de fuerzas y líneas dinámicas, pero con sus propias leyes evolutivas y objetivos generales y transitorios. (7) Rechazó la visión unilateral del analista como un observador distanciado del paciente en regresión. Él creía que el analista tenía una gran participación en la creación de la situación analítica y que simplemente era imposible para él refrenar cualquier intervención en la relación analítica intensa. En esencia, el analista simplemente no era transparente en el campo. Baranger observó además que el campo analítico analítica está estructurado como un campo de fantasías inconscientes, en el cual tanto el paciente como el analista participan, ambos involucrados en grados considerables, y no simplemente como una fantasía que se despliega en un campo. (7) Esto implicaría que en lo que refiere al campo analítico, tanto el paciente como el analista no son separables, ni tampoco lo son el marco analítico ni el proceso mismo. El, incluso fue más allá al postular que la práctica sería simbiótica, ya que reproduce la repetición regresiva del paciente dirigida a la identificación proyectiva. El analista, por lo tanto, siente los sentimientos del paciente y comparte su fantasía, los cuales son cruciales para el logro del *insight* a través de la interpretación. Baranger, creyó además, que si el analista no compartía la fantasía, la interpretación no sería más que teorización vacía sobre el paciente, en lugar de ser el psicoanálisis de éste. (7)) En este sentido, el analista no puede seguir siendo un mero espejo. Este nivel de participación, aparentemente, imposibilita la neutralidad del analista.

Hasta este punto, se puede inferir que el marco analítico no es tan claro ni tan fácilmente operacionalizable como inicialmente se pensaba. Ciertos elementos son particularmente difíciles de materializar. La atracción hacia la mutuality en la relación analítica siempre es fuerte, dado el intenso contacto. (8) El ‘ideal’ del analista abstinentes y neutral aparentemente no es suscripto por los analistas de generaciones recientes; probablemente debido a la inevitable contratransferencia (por ejemplo, Schoenewolf (9)). El ideal implica una relación asimétrica e incluso autoritaria. (8) De hecho, incluso el mismo Freud parece no haber hecho lo que enseñaba. Por ejemplo, analizó a Ferenczi durante sus viajes (10). Por otro lado, los analistas de aquellos días no eran siempre un espejo neutro para los pacientes. Tenían múltiples relaciones; entre ellos eran al mismo tiempo, amigos, mentores, analistas y pacientes. Además, el concepto de neutralidad y abstinencia, cuando son llevados a una práctica extrema, pueden dar lugar a un analista distante y frío que puede carecer de todo contacto personal con el paciente. Esto fue exactamente el motivo por el cual Sandor Ferenczi no estuvo de acuerdo con los analistas de su época –é incluso abogó por más pasión y ternura hacia los pacientes.

LA CONTRIBUCIÓN DE FERENCZI

Según Rachman (11) y Stanton (12), Sandor Ferenczi (1873-1933) era un psiquiatra húngaro antes de conocer a Freud. Fue presentado a Freud por Carl Jung en 1908 y ambos hombres pronto desarrollaron una amistad íntima, que duró hasta la muerte de Ferenczi, con numerosas turbulencias a lo largo del camino. Ferenczi fue invitado por Freud para acompañarlo en su histórico viaje a Estados Unidos en 1909. Ellos también pasaron muchas vacaciones juntos. Ferenczi fue uno de los principales miembros del círculo íntimo de Freud. Freud lo consideró como su “hijo predilecto”, es más, quería que su hija mayor, Mathilde, se casara con él. Ferenczi aportó en gran medida el aspecto técnico y teórico para que este último desarrollara el psicoanálisis como una forma de psicoterapia. Ideas como “identificación con el agresor” y “finalización adecuada de un análisis” podría remontarse a una innovación de Ferenczi. (13) Sin embargo, el desafío final de Ferenczi a las opiniones establecidas de Freud sobre el trauma sexual intensificaron sus desacuerdos. Esto lo colocó en la lista de los disidentes, que debieron ser removidos y eventualmente expulsados.

Ferenczi no tenía la ambición de comenzar su propia escuela, como Adler o Jung lo habían hecho con anterioridad, ya que él todavía estaba vinculado emocionalmente a Freud y anhelando el reconocimiento de su maestro. Además, no tuvo tiempo suficiente ya que él murió a la edad de 60 años. Jones, el biógrafo oficial de Freud, incluso describió a Ferenczi como psicótico e iluso, y enterró sus puntos de vista durante décadas. Fue hasta hace muy poco que los historiadores del psicoanálisis rebatieron con éxito el relato de Jones, restauraron la fama de Ferenczi y redescubrieron sus contribuciones. (14)

El Diario Clínico de Ferenczi, que era supuestamente su documento privado, lo muestra como un analista que tenía contacto personal y humano con los pacientes. (15) Él estaba más preocupado por el sufrimiento y la recuperación de sus pacientes que de las reglas de abstinencia dentro del marco analítico, sobre todo en la última etapa de su vida. Los pacientes de Ferenczi fueron, por lo general, los casos más difíciles; derivados por otros analistas que habían fracasado después de usar las técnicas freudianas ortodoxas. (16) De acuerdo a los estándares actuales, los problemas de estos pacientes pertenecen a la categoría donde los consideran como trastornos de personalidad, en lugar de considerarlos como una neurosis tradicional. En cuanto a técnicas se refiere, no cabe duda que Ferenczi tuvo que probar, en forma drástica, nuevas o diferentes formas de hacer frente a estos trastornos. Aunque muchos han especulado acerca de la motivación inconsciente que pudo haber tras la visión disidente de Ferenczi sobre el análisis, tal como su análisis truncado con Freud y su transferencia negativa no analizada, (16) vale la pena revisar la visión de Ferenczi en forma más humana. Si el psicoanálisis se supone que es una empresa humana para comprender la esencia de la naturaleza humana, no podemos darnos el lujo de declarar a Ferenczi simplemente como un hereje.

Una de las partes más polémicas de la técnica de Ferenczi es el supuesto incumplimiento de la abstinencia. Según Hoffer, en la década de 1920, después de repetidos fracasos con los pacientes que sufrían patología de carácter grave, Ferenczi renunció a su técnica activa descrita previamente -durante el estancamiento del análisis, las demandas del paciente eran prohibidas, incluso con mayor severidad para aumentar la tensión dentro de ella. (8) Ferenczi estaba convencido de que el niño traumatizado busca la ternura de los adultos.

Sin embargo, los adultos con culpa inconsciente, conscientemente se niegan a reconocer el sufrimiento del niño. El niño amplía el trauma, al introyectar la culpa del adulto. En el análisis, la rigidez del analista y la abstinencia sirven para reactivar y ampliar los traumas, y por lo tanto aumentan el fracaso del análisis. Ferenczi posteriormente experimentó con el uso de la “técnica de relajación” en 1930, en la cual el paciente veía sus deseos gratificados. Demostrando la benevolencia inquebrantable y la empatía hacia el paciente, independientemente del lenguaje y de las respuestas extremas del paciente (16). Ferenczi creía que con el fin de trabajar sobre el trauma de la niñez, el paciente tenía que volver a experimentarlo, pero dentro de una relación llena de confianza, ternura y seguridad. Se evita la repetición de las condiciones del trauma. Se estimula la confianza y la credibilidad en el analista, no se ve afectada como consecuencia de la hipocresía profesional. Este estado es similar a la relación ideal madre-hijo.

Sin embargo, esta técnica es claramente contraria a la visión ortodoxa que indica que la tensión derivada de la abstinencia es necesaria para el psicoanálisis -cuando el paciente es gratificado, es probable que la eventual regresión sea aún mayor y no habrá ningún ego observando el establecimiento de la alianza terapéutica. Sin esta alianza, el psicoanálisis no es posible. El paciente podría sólo hacer una regresión al servicio de la nada, o una regresión por el bien de la regresión.

Esta lógica parece funcionar bien hasta que recordamos la patología de los pacientes de Ferenczi -aquéllos con trastornos severos de personalidad y muchos análisis fallidos bajo la orientación freudiana ortodoxa. Podríamos plantear la misma pregunta para estos análisis: ¿Se estableció la alianza terapéutica en estos análisis fallidos? ¿Si los defectos del carácter de estos pacientes fueron, sencillamente, diferentes de los de los pacientes neuróticos, pudo la abstinencia también trabajar para ellos, al menos en el establecimiento de la alianza terapéutica? ¿Si sus egos eran mucho menos desarrollados debido a los traumas infantiles severos sufridos, pudo ser capaz el ego de soportar la exigencia [inicial] del psicoanálisis, la abstinencia y formar una alianza terapéutica con el analista? (17)

Superficialmente, estos pacientes podrían estar simplemente buscando el amor ideal. Hablando en forma psicoanalítica, ellos podrían estar buscando la reparación del self traumatizado o el desarrollo del ego empobrecido. Esto llevaría a hacerse la siguiente pregunta: ¿Debiera el psicoanálisis lidiar con dichos pacientes? Sin embargo, el actual escenario, de varias escuelas de psicoanálisis que tratan desórdenes de personalidad, parece haber respondido a esta pregunta. (18-19) ¿Si estos pacientes están poniendo a prueba los límites del psicoanálisis ortodoxo, debiera hacerse algún replanteamiento técnico o teórico?

Giampieri-Deutsch comentaron que los experimentos de Ferenczi investigaban los límites del marco analítico estándar. (20) Ferenczi estaba defendiendo la importancia que tienen las personas en el proceso analítico, en lugar de centrarse totalmente en la conceptualización relacionada con la propia realidad psíquica del paciente. La creencia de Ferenczi en la realidad del trauma infantil como etiología de la patología adulta probablemente contribuyó en gran medida al énfasis dado a la relación paciente-analista como factor curativo. En el trabajo “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño”, criticó fuertemente la negación de los adultos de la desesperación del niño, que es paralelo al enfoque ortodoxo del analista sobre la realidad psíquica del paciente, y la eliminación del trauma del paciente como una fantasía inconsciente.

El psicoanálisis entonces, según Ferenczi, está orientado a la experiencia en vez de estarlo al simple *insight* del inconsciente. El proceso analítico se está produciendo entre el paciente y el analista, pero no dentro del paciente. El analista debe participar emocionalmente en la relación analítica; él interpreta la transferencia del paciente con la ayuda de su propia contratransferencia. Por lo tanto, el proceso psíquico del propio analista es, también, un objeto legítimo de estudio. Ferenczi es el pionero en abogar por el uso terapéutico de la contratransferencia.

Jacobs en su última revisión del desarrollo histórico de la contra-transferencia como una técnica, señaló que los analistas en las últimas dos décadas han reconocido la importancia, utilidad y la imposibilidad de evitar la contra-transferencia en el proceso analítico.(21) Freud sólo había alertado a los analistas de su daño potencial y la resistencia en el análisis, pero no defendió su valor terapéutico en contraste con su descubrimiento histórico anterior sobre, la transferencia de pacientes y su significancia analítica.(22)

Winnicott propuso la idea revolucionaria de que los sentimientos negativos del analista hacia los pacientes severamente perturbados eran inevitables, pero no las consecuencias de la patología de los

analistas. (23) Estos sentimientos dan a conocer información y significado fundamental sobre el mundo interno de los pacientes. Heinmann sostuvo además, que toda respuesta emocional del analista hacia el paciente constituye una importante herramienta, que permite al analista seguir las emociones del paciente y las fantasías inconscientes. (24) Little, recomendó el uso de la “interpretación de la contratransferencia” en la cual las reacciones subjetivas del analista se utilizan para aclarar la transferencia y fortalecer la alianza terapéutica. (25) Jacobs llegó a la conclusión de que las respuestas subjetivas del analista que se originan en las sesiones lo capacitan para alcanzar el conflictivo mundo interno del paciente. (21) La contra- transferencia es vista como una entidad compleja que incluye las respuestas subjetivas del analista fundiéndose con partes proyectadas del mundo interno del paciente.

Tal cambio de actitud hacia la contra-transferencia, es paralela a las conclusiones de la investigación en psicoterapia. A través de décadas de investigación sobre la contra- transferencia se concluye que las características del terapeuta y del paciente, así como la matriz de relación entre el terapeuta y el paciente son cruciales para los resultados. (26) Las actitudes negativas del terapeuta pueden influir negativamente en las interacciones del terapeuta con los pacientes. La actitud del paciente, especialmente con respecto a la hostilidad influye sobre el comportamiento del terapeuta. Además, la intrincada interacción entre la dinámica del paciente y el terapeuta es un factor decisivo en el resultado de la terapia.

Habiéndose alejado más aun del círculo de Freud después de presentar su documento “Confusión de Lenguas” en el décimo segundo Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional en Wiesbaden, en el año 1932, Ferenczi llevó su innovación sobre el análisis mutuo -a un extremo irreversible, el cual fue en contra de casi todas las reglas del marco analítico. (27, 28) Ferenczi se destacó por su fervor y persistencia terapéutica. Él no atribuyó el fracaso analítico a la incurabilidad del paciente, pero sí a la debilidad contra-transferencial del propio analista y a sus puntos ciegos. Registró este experimento en el caso de RN, quien fue una alumna y un paciente de Ferenczi y probablemente, la iniciadora de análisis mutuo, en su Diario Clínico. (27) Presentándola con síntomas de fatiga crónica, ideas suicidas, personalidades múltiples y amnesia en los primeros doce años de su vida, RN se sometió a ocho años de análisis con Ferenczi en Budapest, no sin antes haberse embarcado en otros tipos de tratamiento sin éxito en los Estados Unidos.

Después de años de estancamiento en el análisis, Ferenczi intentó la técnica de relajación con RN, mediante la cual se develaron graves abusos en la primera infancia - RN recordó abusos físicos, emocionales y psicológicos de mano de su padre desde que tenía 18 meses de edad. El tratamiento entonces se intensificó y ocupó la mayor parte del tiempo de Ferenczi; como sesiones que duraban 4 o 5 horas al día, o extendiéndose los días sábados o hasta el atardecer, o incluso visitándola en su casa. Ella incluso, acompañó a Ferenczi en sus vacaciones para continuar con el análisis. RN evidentemente desarrolló una intensa transferencia positiva hacia Ferenczi. Ella estaba plenamente convencida de su amor por él. Ferenczi inicialmente dudó de esta involucración e interpretó la situación como que ella, ahora lo estaba odiando; por otro lado, se interpretó a si mismo, como odiándola inconscientemente, y que tal odio bloqueaba el análisis. Ella le sugirió que Ferenczi fuera analizado por ella. Después de lidiar durante un año, Ferenczi estuvo de acuerdo en que realizaran un análisis mutuo, intercambiando sus roles. Él gradualmente descubrió su odio subyacente bajo su benevolencia. Los síntomas de RN disminuyeron, tenía menos ideas suicidas y más paciencia y progreso en el trabajo. Ferenczi, en un principio se sintió humillado por su propia exposición, encontró menos desagradable a RN y fue capaz de aumentar la confianza de sus pacientes con un análisis más profundo que lo convirtió en un mejor analista. Él era más sincero y sensible, así como menos somnoliento en las sesiones.

Sin embargo, Ferenczi anotó en su diario clínico que se corrían riesgos con este experimento y que no estaba a favor de su uso indiscriminado. El peligro radicaba en la desviación de los problemas del paciente a los problemas del analista; y sugirió el uso del análisis mutuo como un último recurso. Después del análisis mutuo con RN, trató de reanudar en las sesiones, la relación analítica tradicional con ella, pero fracasó en el intento. La emocionalidad se había ido, el análisis se arruinó y la relación se tornó distante. (15) Ferenczi murió meses después, en el año 1933. No obstante, Borossa documentó que RN más tarde se recuperó lo suficiente como para escribir artículos y libros y practicar psicoterapia psicoanalítica. (29)

Sin embargo, este experimento, así como otras innovaciones de Ferenczi, parece sugerir que cuando todo

se hace dentro del marco analítico, y la condición del paciente sigue sin mejorar, tal vez tengamos que mirar más allá de éste, en lugar de culpar al paciente por su incapacidad de ser analizado o curado.

Bokanowski concluyó que el análisis mutuo prueba los límites del proceso analítico de una persona y desafía la clásica pantalla en blanco freudiana; y el proceso analítico que involucra una persona-una dirección. (16) Él también considera a Ferenczi como el precursor de las teorías de las relaciones objetales, la escuela Americana del psicoanálisis interpersonal, de la psicología del Ego y de la teoría de la intersubjetividad.

CONCLUSIÓN

El concepto original del marco analítico no necesita ser uno de exclusividad y rigidez, una versión extrema la cual sugiere una aparente indiferencia de parte del analista. A diferentes pacientes les corresponderían diferentes marcos analíticos o diferentes formas de tratamiento. La neutralidad analítica debiera ser adaptada con el fin de dar cabida a los pacientes más severamente perturbados. El énfasis de Ferenczi en la contra-transferencia del analista y en la ternura humana hacia el paciente debiera ser reconocido. Además, el psicoanálisis no debería centrarse por completo en el paciente con exclusión del analista, ni tampoco debería el analista simplemente esconderse detrás de la fachada de la neutralidad analítica y de la abstinencia.

REFERENCIAS

1. Cheung F. The development of clinical psychology in Hong Kong. *Bull HK Psychol Soc* 1997;38/39:95-110.
2. Gray A. An introduction to the therapeutic frame. London: Routledge; 1994.
3. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac; 1991.
4. Casement P. On learning from the patient. London: Routledge; 1985.
5. Zac J. Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre. *Revista de Psicoanálisis* 1971;28:593-610.
6. Gitelson M. The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psychoanalysis* 1952; 33:1-10.
7. Baranger M. La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1961-62;4:3-54.
8. Hoffer A. Asymmetry and mutuality in the analytic relationship: contemporary lessons from the Freud-Ferenczi dialogue. In: Rudnytsky PL, Bokay A, Giampieri-Deutsch P, editors. *Ferenczi's turn in psychoanalysis*. New York: New York University Press; 1996:107-119.
9. Schoenewolf G. Counterresistance: the therapist's interference with the therapeutic process. New Jersey: Jason Aronson Inc; 1993.
10. Haynal A. *Psychoanalysis and the sciences: epistemology — history* [translation by Holder E]. New York: The University of California Press; 1993.
11. Rachman AW. *Sándor Ferenczi: the psychotherapist of tenderness and passion*. Northvale: Jason Aronson Inc; 1997.
12. Stanton M. *Sándor Ferenczi: reconsidering active intervention*. Northvale: Jason Aronson; 1991.
13. Bergmann MS. The tragic encounter between Freud and Ferenczi and its impact on the history of psychoanalysis. In: Rudnytsky PL, Bókay A, Giampieri-Deutsch P, editors. *Ferenczi's turn in psychoanalysis*. New York: New York University Press; 1996: 145-159.
14. Bonomi C. Flight into sanity: Jones's allegation of Ferenczi's mental deterioration reconsidered. *Int J Psychoanalysis* 1999;80: 507-542.
15. Ferenczi S. In: Dupont J, editor. *The clinical diary of Sándor Ferenczi* (translated by M Balint and NZ Jackson). Cambridge: Harvard University Press; 1932.
16. Bokanowski TM. Sándor Ferenczi: negative transference and transference depression. In: Rudnytsky PL, Bókay A, Giampieri-Deutsch P, editors. *Ferenczi's turn in psychoanalysis*. New York: New York University Press; 1996:120-144.
17. Kernberg O. *Borderline conditions and pathology narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.

18. Kohut H. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press; 1971.
19. Saretsky T. *Resolving treatment impasses*. New York: Human Sciences Press; 1981.
20. Giampieri-Deutsch P. The influence of Ferenczi's ideas on contemporary standard techniques. In: Rudnytsky PL, Bókay A, Giampieri-Deutsch P, editors. *Ferenczi's turn in psychoanalysis*. New York: New York University Press; 1996:224-247.
21. Jacobs TJ. Countertransference past and present: a review of the concept. *Int J Psychoanalysis* 1999;80:575-594.
22. Freud S. The future prospects of psychoanalytic therapy. In: Strachey J, editor and translator. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol 12. London: Hogarth Press; 1910.
23. Winnicott DW. Hate in the counter-transference. *Int J Psychoanalysis* 1949;30:69- 74.
24. Heimann P. On counter-transference. *Int J Psychoanalysis* 1950;31:81-84.
25. Little M. Countertransference and the patient's response to it. *Int. J Psychoanalysis* 1951;32:32-40.
26. Butler SF, Flasher L, Strupp HH. Countertransference and qualities of the psychotherapist. In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP, editors. *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books; 1993:342-360.
27. Fortune, C. The case of 'RN': Sándor Ferenczi's radical experiment in psychoanalysis. In: Aron L, Harris A, editors. *The legacy of Sándor Ferenczi*. New Jersey: The Analytic Press; 1993: 101-120.
28. Fortune C. Mutual analysis: a logical outcome of Sándor Ferenczi's. experiments in psychoanalysis. In: Rudnytsky PL, Bókay A, Giampieri-Deutsch P, editors. *Ferenczi's turn in psychoanalysis*. New York: New York University Press; 1996:170-188.
29. Borossa J. Introduction. In: Borossa J, editor. *Selected writings of Sándor Ferenczi*. London: Penguin Books; 1999: IX-XL.

Publicado en:

http://www.hkjpsych.com/journal_file/0102_Analytic_frame_and_beyond%2027_32.pdf

Address for correspondence: Mr. YK Chan. Clinical Psychology Unit 4 Social Welfare Department 1204- 06 City Landmark One. Tsuen Wan, NT. Hong Kong, China. E-mail: chanykee@hkusua.hku.hk

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE