

## 16 DE FEBRERO, 1932. LIMITACIONES DEL ANÁLISIS MUTUO.



**Sándor Ferenczi**

1) Discreción. Si el análisis quiere ser correcto, los secretos de otros pacientes deben ser comunicados por el analista al analizante que lo analiza. Pero esto tropieza con obstáculos éticos y lógicos. Los pacientes no saben que yo, en tanto analista, me hago analizar (y por un paciente). Esto debería pues, en realidad, ser comunicado a mis otros pacientes, lo que, en verdad, perturbaría considerablemente su ánimo de comunicar y su confianza total y serena. Sería como un análisis con todas las puertas abiertas. Esta situación confusa se presenta como particularmente difícil cuando los dos analizantes se conocen, en particular cuando aquél por el que me hago analizar tiene particularidades neuróticas y debilidades de carácter que lo hacen aparecer inferior a los ojos del mundo. (Aunque a pesar de estos defectos más o menos grandes, debo reconocer su capacidad de encontrar en mí algo nuevo, desde el punto de vista analítico). Una salida a esta situación inextricable: no hacerse analizar completamente por ninguno de los pacientes, sino sólo en la medida en que (a) el paciente tenga necesidad, (b) esté capacitado para esa situación. Con este análisis “polígamo” que corresponde aproximadamente al análisis de grupo de los colegas americanos (aunque no se conduzca en grupo) se presenta la ventaja de un cierto control recíproco de los diferentes análisis. Al mismo tiempo protege contra la influencia demasiado grande de un solo paciente. Sin embargo, la agudeza de espíritu de alguno de estos analistas mutuos puede llegar a atravesar un día esta diplomacia: “Esto no va a llegar muy lejos en el inconsciente, si usted pone tales obstáculos artificiales en el camino de la transferencia. ¿Qué pensaría usted de mí, si yo me pusiese a elegir además de usted a un segundo analista? Quizá pensaría que con esta táctica querría protegerme de una verdadera comprensión. Usted debe elegir. (Evidentemente él piensa que se trata del único). ¿Y no es una debilidad de carácter analítico particular en usted, que no pueda guardarse ningún secreto, que se vea obligado a pregonar esta relación analítica, que tenga remordimientos como si hubiera dado un mal paso, y que tenga necesidad de correr hacia la madre o la esposa como un niño pequeño o un marido sometido, para confesarlo todo y recibir el perdón?...”.

En realidad, puedo exponer hoy tres análisis que se entrecruzan en este aspecto. Sólo un paciente toma la cosa en serio, incluso demasiado en serio, y se desespera cuando no tomo completamente en serio la siguiente proposición: (a) creencia verdadera en los obstáculos causados por mis propios complejos. (b) Esperanza, ya expresada en otro momento, de encontrar en mí, una vez superadas las resistencias, al salvador esperado. (c) Tentativa de desplazar el acento de él a mí. La situación analítica crea un límite específico a esta especie de mutualidad cuando, por ejemplo, dejo al paciente vivir algo de manera programada, sin comunicárselo previamente. Vale preguntarse, por ejemplo, si se puede decir al paciente, sin perjuicio para la continuidad del análisis, que lo torturo y lo dejo sufrir expresamente, que ni mi bondad ni mi dinero van a ir en su ayuda, para llevarlo, primero a desarraigarse de la transferencia, segundo, a abandonar el punto de vista de que, tarde o temprano, el sufrimiento le procurará ayuda y compasión; tercero, que la angustia revela recursos de energía latente. ¿Se puede y se debe comunicar esto tan abiertamente y jugar verdaderamente estas cartas sobre la mesa? De entrada, quiero responder que no, pero veo la enormidad de dificultades que pueden resultar de ello.

Se podría creer también que las confesiones, correspondiéndose a la capacidad de tolerancia del paciente, pudiesen ir cada vez más lejos. Pero a qué se parecería un análisis que comenzara diciendo al paciente o a la paciente: “En el fondo, usted me da asco, su olor me es insoportable, su cara, sus maneras, son detestables.”

Por otro lado, tengo sentimientos de culpabilidad por no hacer observar individualmente a los pacientes y alumnos, en análisis conmigo, maneras o particularidades que me son desagradables lo mismo que a otras personas, para cuidar su susceptibilidad y reforzar la relación analítica.

Las experiencias que he reunido a lo largo del tiempo me hacen sentir que no sirve de nada, o no de gran cosa, testimoniar al paciente más amistad que la que realmente experimentamos. Discretas y casi imperceptibles diferencias en el apretón de manos, ausencia de coloración o de interés en la voz, la disposición de nuestra prontitud o nuestra inercia en la manera de seguir lo que se está produciendo, o de reaccionar a ello, todo esto y centenares de otros signos, dejan adivinar al paciente mucho de nuestro humor y de nuestros sentimientos. Algunos afirman con gran seguridad que perciben también nuestros pensamientos y sentimientos, independientemente de todo signo exterior e incluso a distancia.

He observado también, en tres casos, el efecto especialmente favorable de mi propia relajación sobre las producciones de los pacientes, especialmente cuando he alcanzado niveles más profundos: (a) el paciente observa que tengo sueño. En lugar de sentirse herido, como yo lo temía, se siente honrado de que me haya podido comportar tan naturalmente en su presencia. “¡Esto muestra que tiene gran confianza en mí! La próxima vez no se fuerce más y duérmase tranquilamente”. Este mismo paciente me pone en guardia sobre la posibilidad de llegar al surmenage al servicio de mis pacientes. Pero al contrario, en una de las sesiones siguientes me dice: “Se lo ruego, hoy no se duerma, tengo absoluta necesidad de su presencia, estoy completamente desconcertado”. Frente a esta exhortación, me desperté de mi semi-somnolencia, presté atención a las producciones del paciente, intenté conducir los pensamientos y sentimientos fragmentarios hacia su causa y pude así hacer bastante bien mi trabajo. (Quizás también por gratitud de que en otras ocasiones me dejó tranquilo y me testimonió, además, bondad y consideraciones.) Después del trabajo con este paciente, no me sentí fatigado.

(b) Una paciente se sintió todavía más honrada cuando, después de años de amistad y de análisis, me autoricé por primera vez a hacer uso del W.C. en su casa. Esto planteó la cuestión de mi capacidad de relajación en general; en efecto, todo esto había sido considerablemente limitado en mi temprana infancia, por el tratamiento terriblemente brutal de una gobernanta motivado por la falta de higiene anal, lo que me causó una tendencia exagerada a prestar atención a las consideraciones y deseos de otras personas, a complacerlas o disgustarlas, tendencia subrayada ocasionalmente por un acto fallido violento; por ejemplo, derramar el café, el agua, caerme de manera ridícula, descuidar mi aseo, etc.

Quizás fuera necesario insertar aquí la espinosa cuestión de la relajación no solamente del pensamiento, sino también del comportamiento (como dormirse y utilizar los W.C.).

Es necesario haber avanzado mucho en el análisis con un paciente, haber adquirido mucha confianza en su criterio, antes de permitirse un cierto número de cosas a este respecto (Ver mas arriba). Se debe estar seguro, por ejemplo, de que el paciente no nos querrá ver muertos si hacemos un pequeño sueño, o bien que ha superado ampliamente la proscripción convencional de las funciones primitivas del cuerpo. Por otra parte, se debe estar perfectamente seguro de no hacer nada en el curso de la relajación que pudiera dañar al paciente, e indirectamente a uno mismo. Se perfila entonces la imagen de un fin de análisis exitoso, que podría recordar de algún modo a la despedida de dos alegres camaradas que, después de años de duro trabajo, se encuentran siendo amigos, pero deben admitir, sin escenas trágicas, que la camaradería de la escuela no es la vida y que cada uno se debe desarrollar en el futuro según sus propios proyectos. También así se podría representar el resultado feliz de la relación padres-niños.

**(Sandor Ferenczi. Diario Clínico. Editorial Conjeturales, 1984, p. 63-67).**

*Volver a Selecciones Ferenczianas*

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).