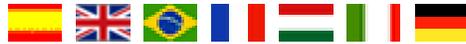


## SÍNTOMAS TRANSITORIOS EN EL DESARROLLO DE UN PSICOANÁLISIS. (1912c).



### Sándor Ferenczi.

Tanto para el médico como para el enfermo, la convicción en la seguridad de la interpretación analítica de los síntomas neuróticos sólo se adquieren mediante la transferencia. Las interpretaciones analíticas, aunque parezcan sorprendentes y llamativas, no podrán conducir a la convicción mediante el único medio del material psíquico suscitado por la asociación libre, aunque el sujeto lo desee y se esfuerce en ello. Una tal convicción no implica la impresión del carácter indiscutible y exclusivo de la verdad. Parece como si la reflexión lógica y la comprensión intelectual no permitieran por sí solas llegar a una verdadera convicción. Es preciso haber vivido afectivamente y haber sufrido en la propia carne, para alcanzar un grado de certidumbre que merezca el nombre de “convicción”. El médico que sólo ha estudiado el análisis en los libros y no se ha sometido personalmente a un análisis profundo ni tiene experiencia práctica adquirida junto a enfermos, no puede convencerse de la bondad de los resultados del análisis.

Puede prestarles cierto crédito, hasta el punto de llegar a veces a convencerse, pero la duda rechazada subsiste en un segundo plano.

Quisiera hablarles hoy de una serie de síntomas que he visto aparecer en mis enfermos, durante el tratamiento, y que después desaparecieron mediante el análisis; han contribuido a afirmar mi convicción respecto a la realidad de los mecanismos psíquicos descritos por Freud y han despertado o confirmado la confianza de mis enfermos.

Es frecuente ver en los histéricos que el trabajo analítico resulta bruscamente interrumpido por la aparición inesperada de un síntoma sensorial o motriz. A primera vista, el analista podría considerarlo un simple obstáculo y tratarlo en consecuencia. Sin embargo, si se atribuye todo su valor a la tesis del determinismo riguroso de todo suceso psíquico, estos síntomas tendrán que ser también explicados y analizados. Sometidos al análisis, estos síntomas se manifiestan como la expresión de movimiento afectivo e intelectual inconscientes. Si a estas ideas o afectos que el análisis extrae de su quietud y aproxima a la conciencia se les impide acceder a ella porque son demasiado penosos, la cantidad de excitación que les acompaña y que no puede ser rechazada se manifiesta en forma de síntomas. Pero el síntoma así constituido no traduce sólo una cierta cantidad de excitación, sino que también está determinado cualitativamente. Pues si nos fijamos en las particularidades del síntoma, en el tipo de parálisis de excitación sensorial o motriz, en el órgano a nivel del cual se manifiesta, en las circunstancias y pensamientos que han precedido inmediatamente a su aparición, y si intentamos descubrir su significado, constataremos que el síntoma orgánico es la expresión simbólica del movimiento afectivo o intelectual inconsciente despertando por el análisis. Cuando trasladamos el síntoma, para favorecer al enfermo, del lenguaje simbólico al conceptual, sucede que éste, aunque se halle a cien leguas de esperar tal efecto, nos declara con sorpresa que el síntoma de excitación o de parálisis sensorial o motriz ha desaparecido tan brutalmente como apareció. Todo confirma que el síntoma no desaparece hasta que el enfermo no sólo comprende la interpretación, sino que también admite la razón. A menudo manifiesta que se siente afectado por sonrisas, rubores u otros signos embarazosos; muchas veces se apresura a confirmar la exactitud de nuestras hipótesis; incluso a veces surgen recuerdos que también reafirman nuestra oposición.

He tenido que interpretar el sueño de una de mis pacientes histéricas como una fantasía de deseo; le comuniqué que el sueño manifestaba la insatisfacción por su situación presente; que ella aspiraba a tener un

marido más amable, más cultivado, de una escala social más alta, y, sobre todo, que deseaba poseer hermosos vestidos. En este momento un violento *dolor de muelas* desvió su atención del análisis; para atajarlo me pidió un calmante o al menos un vaso de agua. En lugar de acceder a su demanda le hice observar que este dolor era sin duda la traducción imaginaria de la expresión húngara “me duelen las muelas de las ganas que tengo de poseer todos estos bienes”. No le hablé en tono autoritario y la paciente ignoraba que yo contaba con esta interpretación para hacer cesar el dolor; sin embargo, declaró de inmediato, muy sorprendida, que el dolor había cesado tan rápidamente como apareció.

El interrogatorio posterior de la enferma me permitió cerciorarme de que ella se esforzaba por ocultarme la penosa situación en que la había colocado un matrimonio por debajo de su condición. Pero la interpretación del sueño le mostró tan claramente sus deseos insatisfechos que no pudo evitar tomar conciencia de ello. Sin embargo, en el último momento (o mejor en el penúltimo), consiguió que actuara la censura, rechazando hacia la esfera orgánica la conformidad dada a mi interpretación, es decir, el dolor moral, por medio de la asociación “me duelen las muelas”, transformando la dolorosa toma de conciencia en dolor dental.

Esta utilización inconsciente de la locución banal era probablemente el motivo último, aunque no único, de la génesis del síntoma. Pues el espacio psíquico, a semejanza del espacio físico, tiene muchas dimensiones y son necesarias muchas coordenadas para determinar la posición de un punto.

En lenguaje psicoanalítico, esto significa que todo síntoma está superdeterminado. Esta enferma luchaba desde su infancia contra una excesiva tendencia a la masturbación; ahora bien, los dientes tienen una significación simbólica particular entre los masturbadores; también hay que tener en cuenta el estado orgánico real de los dientes, que puede servir a las tendencias psíquicas para sus propios fines.

Otro día, esta misma enferma expresó sus fantasías eróticas infantiles rechazadas en forma de una declaración amorosa dirigida a su médico, quien, en lugar de la respuesta esperaba, le explicó la naturaleza transferencial de este impulso afectivo. De repente apareció una extraña parestesia de la mucosa lingual; la paciente gritó bruscamente: “es como si se me hubiera escaldado la lengua”. Al principio rehusó admitir la interpretación de que la palabra “escaldar” manifestara su decepción por mi rechazo; pero la desaparición inmediata y sorprendente de su parestesia le hizo reflexionar y admitió en seguida que mi suposición podría ser exacta. La elección de la lengua como lugar de aparición del síntoma estaba aquí superdeterminada por muchos factores, cuyo análisis me permitió llegar a las capas profundas de los complejos inconscientes.

Sucede muy a menudo que los enfermos manifiestan un sufrimiento psíquico bruscamente aparecido mediante dolores precordiales transitorios, su amargura mediante un amargor sentido en la lengua, sus inquietudes mediante una sensación de comprensión cefálica.

Un enfermo neurótico tenía la costumbre de manifestarme que sus intenciones agresivas contra mí (y más a menudo contra su padre), le producían sensaciones dolorosas en la parte del cuerpo en la que inconscientemente tenía intención de golpearme; la sensación de un golpe en la cabeza representaba el deseo de apalear; un dolor en el corazón revelaba la idea de apuñalar. (A nivel consciente, este enfermo era masoquista: sus fantasías agresivas no podían sobrepasar el umbral de la conciencia más que en forma de una relación súbita: ojo por ojo y diente por diente.)

Otro paciente experimentaba una curiosa sensación de vértigo en cuanto el análisis se refería a temas que ponían a prueba su frágil confianza en sí mismo. El análisis descubrió recuerdos infantiles en los que el paciente se había sentido impotente y presa del vértigo cuando se hallaba a cierta altura.

Una brusca sensación de frío o calor en el enfermo puede significar una afluencia emocional caracterizada por uno de estos adjetivos, o bien expresar, mediante una conversión, el deseo o la presunción de hallar tales sentimientos en el médico.

“Una terrible somnolencia” invadía a una de mis enfermas cada vez que el análisis tomaba un giro desagradable, y ello se producía sobre todo cuando los temas evocados provocaban tristeza e inquietud más bien que fastidio.

Otra enferma expresaba mediante este sistema las fantasías inconscientes asociadas al sueño; pertenecía a esa categoría de mujeres que en sus fantasías sexuales elaboran exclusivamente situaciones en que su responsabilidad es nula, como, por ejemplo, una violación sufrida tras una viva resistencia o durante el sueño.(1)

Tales conversiones pasajeras se observan también en el plano motriz, aunque más raramente. No pienso aquí en los actos sintomáticos en el sentido que Freud les da en la Psicopatología de la vida cotidiana, que son actividades complejas bien coordinadas, pero con espasmos musculares aislados, muchas veces dolorosos, o bien desfallecimientos musculares que recuerdan las parálisis.

Un neurótico que deseaba permanecer homosexual a toda costa y quería liberarse de un erotismo heterosexual naciente, sufría calambres en la pierna izquierda cada vez que, durante el análisis, debía rechazar fantasías susceptibles de provocarle una erección. La identificación simbólica “pierna = pené, calambre = erección” fue descubierta por el propio paciente. Otro enfermo presentaba un retraimiento de la pared abdominal -acompañado a veces de una sensación de retraimiento del pené- en cuanto se permitía en la conversación con su médico cierta libertad que su inconsciente puerilmente atemorizado no autorizaba.

Este retraimiento, según nos enseña el análisis era una precaución frente al horrible castigo -la castración- con que había sido a menudo amenazado en su infancia. No es extraño que la crispación del puño signifique un humor agresivo, y la contracción de las mandíbulas el deseo inconsciente u oculto de callarse o de morder.

La debilidad ocasional de toda la musculatura o de determinados grupos musculares representa muchas veces el síntoma de una debilidad moral o la resistencia a actuar. La lucha entre dos tendencias de fuerza similar puede expresarse, como en el sueño, por la inhibición de determinados movimientos, y el bloqueo de algunos músculos, es decir, la contracción simultánea de los agonistas y de los antagonistas.

El análisis de estos síntomas transitorios de conversión revela muy a menudo la existencia de sucesos semejantes en la vida del paciente; debemos investigar en qué circunstancias se manifestó el síntoma anteriormente. A veces, ocurre que aparece un síntoma transitorio de conversión que el enfermo pretende observar por primera vez. Surge entonces la duda de si el síntoma no escapó antes de la auto-observación del enfermo por falta de experiencia.

Naturalmente, no podemos excluir la posibilidad de que el análisis, al penetrar en las capas más dolorosas del psiquismo cuya aparente quietud perturba, empuje al enfermo a utilizar nuevos métodos de formación de síntomas. Pues en la vida cotidiana, o en un tratamiento no analítico, el encadenamiento de las ideas puede interrumpirse a mucha distancia de las zonas dolorosas.

Durante el tratamiento pueden aparecer también manifestaciones obsesivas transitorias. De hecho, toda idea absurda que aparezca durante el análisis en lugar de otra, cargada de sentido pero rechazada, se parece en cierto modo a las formaciones obsesivas. (Freud las llama “ideas sustitutivas”). Pero muchas veces se encuentran formaciones típicamente obsesivas que invaden el espíritu del enfermo y sólo remiten tras la interpretación analítica.

Por ejemplo, un neurótico obsesivo interrumpe el desarrollo de sus asociaciones libres con el pensamiento repentino de que no comprende por qué la palabra ventana designa precisamente una ventana; ¿cómo las letras v-e-n-t-a-n-a, esos sonidos desprovistos de significación pueden representar un objeto concreto? Todas mis tentativas para que continúe con sus asociaciones resultan inútiles; esta idea le llena hasta el punto de que no puede pensar en nada. Este enfermo inteligente consiguió desorientarme durante cierto tiempo; intenté discutir su idea y le comuniqué algunas teorías sobre la formación del lenguaje. Pero comprendí rápidamente que mis explicaciones no le interesaban porque la idea de la ventana continuaba obsesionándole. Entonces me vino la idea de que podría tratarse de una resistencia y traté de buscar lo que había suscitado. Reconsideré todo lo ocurrido durante el análisis, antes de la aparición de la idea obsesiva: acababa de interpretar el sentido de un símbolo al enfermo, quien pareció asentir con un “sí” presuroso. Comuniqué entonces al paciente la hipótesis de que probablemente no había aceptado la interpretación, sino que había rechazado su oposición. La idea obsesiva “por qué las letras v-e-n-t-a-n-a representaban precisamente una ventana” podía también expresar, mediante un desplazamiento, la incredulidad rechazada. Comprendida de este modo, su pregunta era la siguiente: ¿Por qué este *símbolo* que acaba de serme interpretado tiene que significar precisamente tal *objeto* ?” Tras esta explicación, el problema desapareció.

La *contradicción indirecta*, que en nuestro ejemplo ha adquirido inconscientemente un aspecto obsesivo, es de la misma naturaleza que algunas reacciones *conscientes* de los niños, los cuales, cuando quieren

oponerse a los adultos, se ven obligados a menudo, por falta de audacia y de seguridad, a utilizar el lenguaje indirecto, figurado.(2)

Otro obseso empleaba un medio diferente para expresar su incredulidad. Comenzaba por no entender los términos extraños de que yo me servía; después, cuando se los traducía fielmente, pretendía no comprender ni siquiera el húngaro. Se comportaba como un verdadero idiota. Le expliqué que su incomprensión expresaba su escepticismo inconsciente. En realidad deseaba dejarme en ridículo *a mí* (por mis interpretaciones), pero rechazaba tal intención, haciéndose pasar por idiota, como si quisiera decir: hay que estar loco para creerse estas pamplinas. A partir de entonces, comprendió perfectamente mis explicaciones.(3)

Un tercer neurótico tenía siempre su espíritu obsesionado por la palabra “lekar” (término eslavo equivalente a médico). La obsesión se explicaba por el homónimo del término, una expresión grosera, que el enfermo, de moralidad severa, sólo podía evocar de esta forma indirecta. Tras mi interpretación, la idea obsesiva desapareció casi por completo. En casos excepcionales pueden producirse verdaderas *alucinaciones* en el curso del análisis. (Son mucho más frecuentes las reminiscencias muy vivas que el paciente es capaz de considerar objetivamente.)

Una de mis pacientes poseía una aptitud muy especial para las alucinaciones; recurría a ellas cada vez que el análisis tocaba puntos sensibles. Rompía bruscamente el hilo de las asociaciones y presentaba alucinaciones terroríficas: se levantaba de un salto, se refugiaba en un rincón de la sala y, manifestando un vivo terror, realizaba movimientos convulsivos de defensa y de protección, calmándose luego progresivamente. Cuando volvía en sí era capaz de contarme al detalle el contenido de las alucinaciones. De este modo, se descubrió que sus alucinaciones correspondían a la representación dramatizada o simbolizada de fantasías o pensamientos que precedían de inmediato a la alucinación. Se trataba generalmente de fantasías simbólicas (combates con las fieras, escenas de violaciones) cuyo análisis hacía surgir nuevos recuerdos, procurando de este modo un gran consuelo a la paciente. La representación alucinatoria-simbólica era, pues, el único recurso contra determinadas tomas de conciencia. Este caso me permitió observar cómo las asociaciones se aproximaban poco a poco a una idea desagradable y la evitaban en el último momento desviando la tensión afectiva a la esfera sensorial.

La aparición de ilusiones transitorias es también muy frecuente (sobre todo ilusiones olfativas). En un caso observé, durante el análisis, la ilusión de una transformación completa del mundo sensorial. Hablaba con la paciente de su excesiva ambición, relacionada con una fijación narcisista; le decía que sería más dichosa si pudiera reconocerlo, renunciando a una parte de sus sueños de grandeza y contentándose con éxitos más modestos. En aquel momento exclamó con aire radiante: “es extraordinario, de repente me parece todo muy luminoso, muy intenso; la sala, la biblioteca, todo brilla con colores vivos y naturales, se ordena plásticamente en el espacio en altura y profundidad”. Al interrogarla, supe que desde hacía años no percibía tan “intensamente”, sino que veía el mundo apagado, aplastado, incoloro. La explicación era la siguiente: niña mimada, todos sus deseos habían sido satisfechos; pero desde que alcanzó la edad adulta, la suerte cruel no tenía en cuenta sus fantasías de deseo y a partir de entonces “el mundo no le agradaba”; ella no había tomado conciencia de este sentimiento, sino que lo había desplazado a la esfera sensorial visual, y por esto el mundo entero le parecería deformado. Cuando le dije que renunciando a la satisfacción de parte de sus deseos, se le abrirían nuevas posibilidades de dicha, su esperanza se proyectó igualmente en el plano óptico, iluminando y transformando en realidades sensoriales el mundo que se le ofrecía. Podemos llamar a estas variaciones de la excitabilidad óptica fenómeno auto-simbólico, utilizando el término de Silberer; es la auto-observación simbolizada del funcionamiento psíquico. En este caso sería más exacto considerar la súbita desaparición de la perturbación como una formación sintomática transitoria.

Un fenómeno frecuente en el análisis podría denominarse “regresión caracterial” transitoria; se trata de una disolución provisional de la sublimación de algunos rasgos del carácter que retornan bruscamente al estadio primitivo infantil de la vida impulsiva de donde provienen.

No es raro que durante una sesión algunos enfermos experimenten una imperiosa necesidad de micción. Algunos se denominan hasta terminarla, pero otros se ven obligados a levantarse y a salir de la sala por temor a no poder aguantarse. En los casos en que puede excluirse cualquier explicación natural (y mi

comunicación sólo se refiere a ellos), he atribuido tal necesidad a la causa psíquica siguiente: se trataba siempre de pacientes ambiciosos y vanidosos, que rechazaban admitir estos rasgos en una ocasión en que el material psíquico suscitado por el análisis ofendía profundamente su vanidad; de forma que se sentían humillados ante el médico sin que su yo fuera totalmente consciente de la herida, pudiendo elaborarla y soportarla con ayuda de la razón.

En uno de mis enfermos eran tan notorio el paralelismo entre el contenido más o menos ofensivo de la entrevista analítica y la intensidad de su necesidad de micción, que podía suscitarse a voluntad tal necesidad deteniéndose en un tema desagradable para el enfermo. La discusión analítica del tema crítico ponía fin provisional o definitivamente a esta “regresión caracterial”.

En los casos aportados, el fenómeno de la regresión, descubierto por Freud, está en cierto modo tomado en vivo. De este modo, determinado rasgo caracterial sublimado puede, a consecuencia de una decepción -suponiendo que existen las fijaciones correspondientes en el desarrollo psíquico-, retornar al nivel infantil en el que la satisfacción del instinto aún no sublimado no hallaba obstáculos. (En lugar del reconocimiento del amor propio herido aparece la compulsión a la enuresis, evocando de este modo la primera gran humillación del niño.) La expresión “on revient toujours á ses premiéres amours”(4) halla aquí su conformación psicológica; el individuo herido en su vanidad retorna a las bases autoeróticas de su pasión.

Los problemas pasajeros de la defecación (diarrea, constipado) durante la cura señalan a menudo la regresión del carácter anal al erotismo anal. Un enfermo, cuando enviaba a fin de mes a su padre la ayuda financiera a que se había comprometido (lo que desencadenaba las protestas de su avaricia inconsciente), sufría generalmente una intensa diarrea. Otro se resarcía del dinero enviado mediante una abundante emisión de gases intestinales.

Un enfermo que se sienta tratado de manera poco amistosa por su médico puede caer en el *onanismo*, en caso de la fijación autoerótica correspondiente. Este modo de transferencia señala el reconocimiento de una masturbación infantil que puede haber sido olvidada por completo. Anteriormente había podido renunciar a la auto-satisfacción en la medida en que *el amor objetal* (amor de los padres) le ofrecía una compensación. Pero una decepción en esta forma de amor provoca la regresión al autoerotismo. Sucede incluso que enfermos que no recuerdan haber practicado jamás el onanismo, confiesan un día que han sucumbido a un impulso irresistible de auto-satisfacción. En este momento surge en general el recuerdo del onanismo practicado en la infancia y completamente olvidado.

Estas regresiones súbitas al autoerotismo anal, uretral y genital explican también por qué tiene tanta fuerza en los estados ansiosos (el miedo a los exámenes, por ejemplo) la tendencia a recurrir a esta forma de erotismo. Citemos también el ejemplo del condenado a muerte en el momento de la horca, que en medio de su atroz terror relaja sus dos esfínteres y muchas veces eyacula al mismo tiempo: el hecho podría explicarse, además de la estimulación nerviosa directa, por una última regresión convulsiva a las fuentes del placer de la existencia. Tuve ocasión de observar a un septuagenario que padecía una afección renal y era torturado por intensas cefaleas y otros dolores, el cual en medio de sus sufrimientos realizaba movimientos masturbadores.

En los neuróticos masculinos se observan a menudo *formaciones obsesivas homosexuales*, frecuentemente centradas en la persona del médico, sobre todo si la actitud de éste les parece poco cálida. Esta es la prueba casi experimental de que una de las fuentes de la amistad radica en la homosexualidad, y que, en caso de decepción, este movimiento afectivo puede retornar a su estado primitivo.

*Transferencia*. He señalado que uno de mis enfermos bostezaba enormemente. Podrá pensarse que se aburría en mi casa. Pero lo llamativo es que en general se interesaba mucho por el trabajo analítico y se ponía a bostezar precisamente cuando la entrevista abordaba un tema penoso pero muy importante para él, que hubiera debido suscitar su interés en vez de su aburrimiento.

Una paciente distinta, cuyo tratamiento comenzó poco después, me condujo a la explicación de este curioso fenómeno. También ella bostezaba con frecuencia y aparentemente fuera de lugar; pero muchas veces se le caían las láminas al mismo tiempo. Me acometió la idea de que en estos enfermos el bostezo podría ser un suspiro disimulado; en ambos casos el análisis confirmó esta hipótesis. La censura había

rechazado determinados afectos dolorosos despertados por el análisis (pena, duelo), sin desarrollarlos por completo; ella sólo había podido desplazar su modo de expresión, lo que bastaba para disimular su verdadero carácter. Tras esta observación me fijé en las manifestaciones obsesivas de todos mis pacientes y descubrí otras formas de desplazamiento de afectos. Por ejemplo, uno de ellos tosía cuando intentaba ocultarme algo: las palabras previstas, pero rechazadas, se manifiestan en forma de tos. Al parecer, el *desplazamiento de afectos* de un modo de expresión a otro utiliza la contigüidad fisiológica (bostezo = suspiro, palabra = tos). La tos puede además expresar un deseo de reír reprimido, consciente o inconsciente; pero aquí el modo de manifestaciones del afecto desplazado -como en el verdadero síntoma histérico-, comporta al mismo tiempo el *castigo* del deseo realizado.

A menudo las mujeres neuróticas tosen durante un examen médico, por ejemplo, la auscultación; puede verse en ello el desplazamiento de un deseo de reír debido a pensamientos eróticos. Tras lo que acabo de decir nadie se sorprenderá de los casos en que un hipo pasajero ha reemplazado a suspiros desesperados.

Estos síntomas transitorios en el curso del análisis pueden también aclarar los síntomas histéricos crónicos de idéntica naturaleza (crisis de lágrimas, risas excesivas). Cuando le comuniqué mis observaciones, el profesor Freud atrajo mi atención sobre otra forma de desplazamiento de afectos, inverosímil pero cierta. Algunos pacientes producen *ruidos intestinales* cuando intentan disimular algo: la palabra rechazada se convierte en expresión ventrilocua.

Además del interés dialéctico señalado al principio, “la formación de síntomas transitorios” tiene también un alcance teórico y práctico. Por una parte, estos síntomas pueden servir de punto de partida contra las resistencias más sólidas disfrazadas en forma de desplazamiento de afectos; tienen por lo tanto un interés práctico en la técnica analítica. Por otra parte, nos proporcionan la ocasión de ver constituirse y desaparecer ante nuestros ojos síntomas patológicos, lo cual aclara el modo de formación y de desaparición de los fenómenos neuróticos en general. Ellos nos permiten hacernos una idea de la *patogénesis*, al menos en determinadas enfermedades.

Freud nos enseña que una neurosis se forma en tres etapas: a la base hay una *fijación* infantil (perturbación del desarrollo libidinoso); la segunda etapa es el *rechazo*, aún asintomático, y la tercera es la aparición de la enfermedad: la *formación del síntoma*.

De las observaciones de *formaciones de síntomas transitorios* aquí reunidas me atrevo a extraer la hipótesis siguiente: tanto en las grandes neurosis como en las que podemos llamar “en miniatura”, sólo aparece el síntoma cuando el psiquismo está amenazado, por una causa exterior o interior, del peligro de establecer una relación asociativa entre los fragmentos de los complejos rechazados y la conciencia, es decir, de una toma de conciencia, que perturbaría el equilibrio asegurado por un rechazo anterior.

La censura que se opone al desagrado, vigila por la quietud de la conciencia; en este caso, puede llegar, *in extremis*, por decirlo así, a desviar de su camino a la excitación, el camino de la conciencia; pero como no es posible restablecer por completo la anterior situación de rechazo, la excitación llega a manifestarse por mediación del síntoma, aunque sea al precio de aparecer deformada.

**(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo I, Cap. XVII. “Síntomas transitorios en el desarrollo de un psicoanálisis”. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).**

*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).