

LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA. (1919e).



Sándor Ferenczi

I. ABUSO DE LA LIBERTAD DE ASOCIACIÓN.¹

Todo el método psicoanalítico se basa en la “regla fundamental” formulada por Freud, a saber, la obligación que tiene el paciente de comunicar todo lo que le viene a la mente durante la sesión de análisis. Bajo ningún pretexto debe tolerarse la excepción a esta regla, y es preciso poner en claro sin ningún tipo de indulgencia todo lo que el paciente, por la razón que sea, trata de sustraer a la comunicación. Sin embargo, cuando el paciente ha sido educado, no sin perjuicio, en seguir esta regla al pie de la letra, puede ocurrir que su resistencia se apodere precisamente de esta regla y que intente combatir al médico con sus propias armas.

Los neuróticos obsesivos recurren a menudo a una treta que consiste en dar a entender que han comprendido mal la orden que el médico les ha dado de decirlo todo, aunque se trate de ideas absurdas, para producir *únicamente* un material absurdo en forma de asociaciones. Si no se les interrumpe y se les deja hacer tranquilamente, confiando en que terminarán por cansarse de este proceder, corre uno el riesgo de equivocarse; puede incluso llegarse a la convicción de que los pacientes tratan inconscientemente de reducir al médico al absurdo. Realizando asociaciones de este modo superficial, organizan generalmente una serie ininterrumpida de asociaciones verbales cuya elección, naturalmente, deja traslucir el material inconsciente del que pretenden huir. Pero, de manera general, es imposible analizar al detalle estas ideas aisladas, pues, cuando por azar les mostramos determinados rasgos ocultos sorprendentes, en lugar de aceptar o rechazar simplemente nuestra interpretación, nos proporcionan un nuevo material “absurdo”. Sólo nos queda entonces la posibilidad de atraer la atención del paciente sobre el carácter tendencioso de su conducta, a lo cual no dejará de replicar, de forma triunfal casi: yo no hago más que lo que Ud. me ha mandado, digo simplemente todas las cosas absurdas que se me ocurren. Al mismo tiempo sugiere que podría renunciarse a la estricta observancia de la “regla fundamental”, organizar las entrevistas de manera sistemática, plantearle cuestiones precisas y buscar metódicamente o incluso mediante la hipnosis el material olvidado. Resulta fácil responder a esta objeción: efectivamente hemos pedido al enfermo que nos diga todo lo que se le ocurre, aunque sea absurdo, pero no hemos exigido únicamente que nos manifieste tan sólo las palabras absurdas o los pensamientos incoherentes. Podemos explicarle que este procedimiento se contrapone precisamente a la regla psicoanalítica, que prohíbe toda elección crítica entre las ideas. El paciente perspicaz replicará que no es culpa suya si sólo le vienen a la mente cosas absurdas, y es posible que plantee la cuestión aberrante que si debe callarse a partir de entonces tales absurdos. Nosotros no debemos molestarnos por ello porque de ese modo el paciente hubiera logrado su propósito, sino que debemos incitarle más bien a proseguir el trabajo. La experiencia demuestra que nuestra invitación a no abusar de la libre asociación tiene generalmente como efecto que, en lo sucesivo, el paciente deje de tener exclusivamente ideas absurdas.

Es difícil que una sola explicación a este respecto sea suficiente. El paciente adopta de nuevo una actitud de resistencia frente al médico o frente a la cura, comienza a asociar directamente de manera absurda, e incluso nos plantea este delicado problema: ¿qué puede hacer si sólo le vienen a la mente sonidos inarticulados y no palabras enteras, gritos de animales o melodías en lugar de palabras? Debemos rogar al paciente que

1.- Conferencia pronunciada en Budapest, en diciembre de 1918, ante la Asociación Psicoanalítica de Hungría.

expresarse con toda confianza los sonidos y melodías así como todo lo demás, haciéndole notar, sin embargo, la mala voluntad que se oculta tras su temor.

Hay otra forma de “resistencia a la asociación” que es muy conocida, y que consiste en que “no se le ocurre absolutamente nada al paciente”. Esto puede ocurrir sin ninguna razón particular. Sin embargo, si el paciente se calla durante bastante tiempo, significa por lo general que *calla* alguna cosa. El silencio repentino del enfermo deberá interpretarse siempre como un síntoma “pasajero”.

Un silencio prolongado se explica a menudo porque la petición de decirlo *todo* no ha sido tomada al pie de la letra. Si se interroga al paciente, tras una larga pausa, sobre el contenido de sus pensamientos durante ese silencio, responde que no hacía más que mirar un objeto de la habitación o experimentar una sensación o una parestesia en determinada parte de su cuerpo, y así sucesivamente. Debemos explicar una vez más al paciente que debe decirlo todo, tanto sus percepciones sensoriales como sus pensamientos, sus sentimientos y sus impulsos. Sin embargo, como esta enumeración no podría ser completa, el enfermo hallará siempre el medio de racionalizar su silencio y sus reticencias cuando vuelva a caer en una situación de resistencia. Por ejemplo, algunos dicen que se han callado porque no tenían pensamientos claros, sino solamente sensaciones vagas y confusas. Naturalmente, de este modo demuestran que siguen criticando sus ideas a pesar de la recomendación que se les ha hecho.

Si a continuación se constata que estas explicaciones no han servido de nada, nos vemos obligados a suponer que el paciente pretende tan sólo entretenernos con explicaciones y comentarios detallados para dificultar el trabajo. En tales casos, lo mejor es oponer nuestro propio silencio al del paciente. Puede suceder que la mayor parte de la sesión transcurra sin que el médico ni el paciente digan nada. El paciente soportará con dificultad el silencio del médico, tendrá la impresión de que el médico está encolerizado contra él; dicho de otro modo, proyectará sobre éste su propia mala conciencia, lo que finalmente le conducirá a ceder y a renunciar a su negativismo. La amenaza de dormirse por aburrimiento formulada por varios pacientes no debe inquietarnos, es cierto que en algunos casos el paciente se duerme efectivamente durante un rato, pero su rápido despertar nos hace concluir que el preconsciente se mantenía en la situación de la cura incluso durante el sueño. El peligro de que el paciente duerma durante toda la sesión no existe en realidad.²

Algunos pacientes objetan a la libre asociación el que les hace llegar demasiadas ideas a la vez y que no saben cuál de ellas decir en primer lugar. Si se les autoriza a determinar ellos mismos el orden de tales ideas, responden que son incapaces de decidirse a dar a una la prioridad sobre las demás. En un caso de este tipo, tuve que recurrir a la solución de hacerme contar por el paciente todas sus ideas en el orden en que se le habían presentado. El paciente expresó entonces su temor de olvidar las restantes ideas mientras seguía el curso de la primera. Yo le animé, asegurándole que lo que es importante aparece espontáneamente siempre aunque parezca haberse olvidado.³

Incluso los pequeños detalles sobre el modo de asociación tienen su importancia. Si el paciente inicia cada idea con la proposición: “Pienso en...”, nos indica que está practicando un examen crítico entre el momento en que percibe sus ideas y el momento en que las comunica. Hay quienes prefieren dar a sus ideas desagradables la forma de una proyección sobre el médico diciendo por ejemplo. “Usted cree que yo pienso que...”, o bien: “Naturalmente usted va a interpretar esto como...” Respondiendo a la orden de evitar la

2.- Dentro del tema de la “Contra-transferencia” puede situarse el hecho de que en algunas sesiones el médico deje pasar las asociaciones del enfermo y solo atienda algunas de sus palabras; en tales casos puede producirse un adormecimiento de algunos segundos un examen ulterior nos lleva generalmente a constatar que hemos actuado por la retirada del bloqueo conciente al vacío y a la futilidad de las asociaciones manifestadas en ese preciso momento; a la primera idea del apaciente que se refiere de alguna forma a la cura volvemos a estar atentos, así, pues, no hay apenas peligro de que el médico se duerma y deje de atender al paciente. (una discusión sobre este tema con el profesor Freud ha confirmado plenamente esta observación).

3.- Es inútil subrayar que el psicoanalista debe evitar el mentir a su paciente; esto vale también para las cuestiones relativas a la persona del médico o a su método. El psicoanalista debe ser como Epaminondas, del que Cornelio Nepote nos dice que *Nec joco quidem mentiretur*. Sin embargo, el médico tiene el derecho y el deber de ocultar al paciente una parte de la verdad, por ejemplo, aquella para la cual todavía no se encuentra maduro, dicho de otro modo, de determinar él mismo el momento oportuno de sus palabras.

crítica, algunos replican: “Después de todo, la crítica es también una idea”, lo cual debe admitírseles, no sin señalarles que resultaría imposible hacerlo si observaran rigurosamente la regla fundamental que consiste en comunicar la crítica de la idea antes de la propia idea o incluso en lugar de ella.

En un caso me vi obligado, en contradicción formal con la regla psicoanalítica, a invitar al paciente a decir siempre hasta el final la frase que había comenzado. Había advertido que, desde que la frase tomaba un giro desagradable, el paciente no la terminaba y, con un “a propósito” oportuno, pasaba a cosas secundarias y sin importancia. Fue preciso explicarle que la regla fundamental no exigía *pensar hasta su término* una idea determinada, pero sí necesariamente *decir hasta el final* lo que ya se había pensado. Fueron necesarias numerosas advertencias antes de que lograra hacerlo.

Incluso pacientes muy inteligentes y habitualmente perspicaces intentan a veces llevar al absurdo el método de libre asociación planteándonos el siguiente problema: ¿qué deben hacer si repentinamente se les ocurre levantarse y escapar, o maltratar físicamente al médico, o aporrear o destrozar un mueble? Debe explicárseles entonces que no han recibido la instrucción de *hacerlo* todo sino de *decirlo* todo, pero ellos responden por lo general expresando su temor de ser incapaces de distinguir claramente pensamiento y acción. Debemos tranquilizar a estos hiperansiosos explicándoles que su temor no es más que una reminiscencia infantil, de una época en la que efectivamente todavía no eran capaces de realizar tal distinción.

Existen aún casos más raros en que los pacientes se hallan literalmente abrumados por un impulso, de manera que, en lugar de continuar realizando asociaciones, desean *escenificar*⁴ sus contenidos psíquicos. No sólo producen “síntomas pasajeros” en lugar de ideas, sino que realizan a veces con perfecta conciencia acciones complejas, y escenas enteras de las que no sospechan en absoluto su naturaleza transferencial y repetitiva. De este modo un paciente, que en determinados momentos sufría una gran tensión, se levantaba bruscamente del sofá y caminaba por toda la habitación profiriendo injurias. Tales movimientos e injurias hallaron su justificación histórica durante el análisis.

Una paciente histérica de tipo infantil, a la que había conseguido desviar provisionalmente de sus técnicas pueriles de seducción (prolongadas miradas suplicantes sobre el médico, tocados excéntricos y exhibicionistas), me sorprendió un día con un inesperado ataque directo: se levantó de golpe, me pidió que la abrazara y por último se arrojó a mis brazos. Por supuesto que, incluso en estos incidentes, el médico no debe perder la paciencia. Es preciso indicar una y otra vez la naturaleza transferencial de estas conductas, frente a las cuales debe mantenerse un comportamiento totalmente pasivo. La alusión indignada a la moral es en tales casos tan inoportuna como consentir en cualquier exigencia de ese tipo. En seguida se demuestra que tal actitud desarma rápidamente la belicosidad del enfermo y que el problema en cuestión -que por lo demás debe interpretarse analíticamente- se elimina en seguida.

En mi artículo sobre “Las palabras obscenas”,⁵ he sugerido que no se ahorre a los pacientes el trabajo de superar su resistencia a pronunciar determinadas palabras. Las facilidades dadas como permitir que algunas comunicaciones sean hechas por escrito, son contrarias al objetivo de la cura, cuyo principio consiste precisamente en llevar al paciente a dominar sus resistencias interiores mediante una práctica consecuente y progresiva. Incluso cuando el paciente trata de recordar algo que el médico conoce, éste no debe acudir en su ayuda, porque de este modo ciertas ideas posiblemente preciosas quedarían perdidas.

Naturalmente esta ausencia de ayuda por parte del médico no debe constituir un hábito. Cuando nos interesa más acelerar determinadas explicaciones que ejercitar las fuerzas psíquicas del enfermo, debemos explicar simplemente ante él las ideas que suponemos posee, pero que no se atreve a comunicar, llevándole de este modo a la declaración correspondiente. La situación del médico en la cura psicoanalítica recuerda en muchos aspectos a la de la comadrona, que debe comportarse mientras sea posible de manera pasiva, limitándose a ser una espectadora de un proceso natural, pero que en momentos críticos tendrá los fórceps al alcance de la mano para facilitar un nacimiento que no progresa espontáneamente.

4.- “Agieren”, en el texto alemán. Traducido ordinariamente por “actuar”. El termino húngaro, más precios en este caso, nos permite adoptar el sentido estricto de “poner en escena”, que es el de este verbo alemán (N del T.).

5.- O.C., I.

II. PREGUNTAS DEL PACIENTE.

DECISIONES A TOMAR DURANTE LA CURA

He adoptado la regla, cada vez que el paciente me plantea una cuestión o me pide un dato, de responder con otra pregunta, por ejemplo: ¿cómo ha llegado él a plantear esta cuestión? Si yo le respondiera siempre, la moción que le ha incitado a plantear esta pregunta quedaría neutralizada por la respuesta. De este modo desviamos el interés del paciente hacia el origen de su curiosidad, y cuando tratamos su pregunta de manera analítica, olvida por lo general repetir la cuestión inicial; lo cual nos demuestra que tales cuestiones le importaban realmente poco y que sólo tenían valor en cuanto medio de expresión del inconsciente.

La situación se hace particularmente delicada cuando el paciente no recurre a nosotros por una cuestión cualquiera, sino que nos pide que tomemos una decisión en un asunto importante para él, por ejemplo, la elección entre dos alternativas. El médico debe esforzarse siempre en diferir estas decisiones hasta que el paciente esté en disposición, gracias a la seguridad en sí mismo que vaya adquiriendo en el proceso de la cura, de actuar con absoluta independencia. Se actuará correctamente no aceptando sin más la necesidad de una decisión cuyo carácter urgente subraya el paciente, y considerando que posiblemente el propio paciente, de forma inconsciente, sea quien coloca en primer término estos problemas aparentemente urgentes, bien porque da al material analítico a punto de aparecer la forma de un problema, bien porque su resistencia recurre a esta treta para dificultar el desarrollo del análisis. Una de mis pacientes hacía una utilización tan característica de este último procedimiento, que tuve que explicarle, en la terminología militar al uso, que me estaba arrojando estos problemas como si fueran bombas para desorientarme cuando ella no encontraba otra salida. Evidentemente ocurre que el paciente, durante la cura, debe decidir a veces sin demora cosas importantes; en tal caso es preferible evitar en la medida de lo posible desempeñar el papel de guía espiritual a la manera de un *director de conciencia*,⁶ y debemos limitarnos al de un *confesor* analítico que esclarece todos los móviles del paciente (incluso inconscientes) bajo sus diferentes aspectos, sin mezclarse en sus decisiones y en sus actos. A este respecto, el psicoanálisis se sitúa en el punto opuesto a todas las psicoterapias; practicadas hasta ahora, ya se funden en la sugestión, ya en la “persuasión”.

Hay dos tipos de circunstancias en las que el psicoanalista puede verse obligado a intervenir directamente en la vida del paciente. En primer lugar, cuando adquiere la convicción de que los intereses vitales del paciente exigen efectivamente una decisión inmediata que éste es aún incapaz de tomar por sí solo. Pero en tal caso, el médico debe ser consciente de que al actuar de este modo no se comporta como un psicoanalista y que pueden resultar de su intervención algunas dificultades cuando trate de proseguir la cura, por ejemplo, un reforzamiento poco conveniente de la relación de transferencia. En segundo lugar, el médico puede y debe practicar, si llega el caso, la “terapia activa” incitando, por ejemplo, al paciente a superar su incapacidad casi fóbica a tomar una decisión cualquiera. De este modo, puede esperar, gracias a las modificaciones operadas en los bloqueos afectivos que se derivan, tener acceso al material inconsciente inaccesible hasta entonces.⁷

III. EL PAPEL DEL “POR EJEMPLO” EN EL ANÁLISIS

Cuando el paciente nos dice algo vago, ya sea una locución o una afirmación abstracta, le preguntamos siempre qué le ha dado precisamente la idea de tal vaguedad. Esta cuestión me ha surgido con tanta frecuencia que la planteo automáticamente desde el momento en que el paciente se pone a hablar de forma general. La tendencia a pasar de lo general a lo particular y después a lo específico, es la que rige precisamente todo el psicoanálisis. Sólo ella permite la reconstrucción tan perfecta como sea posible de la historia del paciente y puede subsanar sus amnesias neuróticas.

Resultaría equivocado, pues, seguir la tendencia de los pacientes a la generalización y someter con excesiva precipitación a una tesis general las observaciones que les conciernen. Apenas hay lugar para

6.- En francés en el texto original.

7.- Sobre este tema, ver mi artículo: “Dificultades técnicas de un análisis de histeria” (O.C., III) y la conferencia pronunciada por Freud en 1918 en el Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis Budapest: “Los nuevos caminos del psicoanálisis.”

las generalizaciones moralizadoras o filosóficas en un psicoanálisis correcto, que es una sucesión de constataciones concretas.

El sueño de una joven paciente me ha confirmado que el “por ejemplo” es un buen medio técnico para referir directamente el análisis de un material lejano y poco importante a algo que es próximo y esencial.

Esta paciente soñó lo siguiente: “Me dolían los dientes y tenía una mejilla hinchada. Sabía que esto no podía arreglarse más que si el señor X (mi antiguo novio) frotaba este lugar; pero para ello debía obtener el consentimiento de una dama. Ella dio efectivamente su aprobación, y el señor X me frotó la mejilla con la mano; entonces saltó un diente como si hubiera sido empujado en aquel momento y fuera la causa del dolor.” Segundo fragmento del sueño: “Mi madre se preocupa respecto a mí por la manera en que se realiza un psicoanálisis.” Yo le digo: “Hay que tenderse y contar todo lo que venga a la mente.”- “¿Y qué es lo que se dice?”, pregunta mi madre. - “Pues todo, absolutamente todo lo que a uno se le ocurre.” - “¿Y qué es lo que a uno se le ocurre?”, insiste ella.- “Todo tipo de pensamientos, incluso los más increíbles.” - “¿Qué, por ejemplo?” - “Por ejemplo, haber soñado que el médico me abrazaba y...”, esta frase quedó inacabada y me desperté.

No quiero entrar en los detalles de interpretación y me limitaré simplemente a señalar que se trata de un sueño en el que el segundo fragmento interpreta al primero. Tal interpretación procede de forma metódica. La madre, que claramente ocupa aquí el lugar del analista, no se contenta con generalidades mediante las cuales la soñadora intenta salir del paso, y no cesa hasta que ésta le manifiesta, respondiendo a su pregunta “¿Por ejemplo?”, la única interpretación correcta del sueño, de orden sexual.

Lo que he afirmado en un artículo sobre el “Análisis de las comparaciones”,⁸ a saber, que tras las comparaciones establecidas aparentemente con negligencia se oculta siempre un material muy importante, es también válido para estas ideas que los pacientes formulan preferentemente como respuesta a la cuestión “¿Qué, por ejemplo?”

IV. DOMINIO DE LA CONTRATRANSFERENCIA

El psicoanálisis -a quien parece corresponder la tarea de destruir cualquier mística- ha conseguido descubrir la lógica simple y, podría decirse, ingenua a la que obedece la diplomacia médica más compleja. Ha hallado en la transferencia sobre el médico el factor eficiente de toda sugestión médica y ha constatado que en último término esta transferencia no hace más que repetir la relación infantil erótica con los padres, con la madre benevolente o el padre severo, y que depende de la historia o de la predisposición constitucional del paciente el que éste sea sensible a una u otra forma de sugestión.⁹

El psicoanálisis ha descubierto, pues, que los enfermos nerviosos son como los niños y desean ser tratados como tales. Algunas personas médicas dotadas de intuición lo sabían ya antes que nosotros, al menos se comportaban como si lo supieran. Así se explica la fama de algunos médicos de sanatorios, “amables” o “groseros”. El psicoanalista, por su parte, no tiene el derecho de ser dulce y complaciente o rudo y grosero según su gusto, esperando que el psiquismo del enfermo se adapte al carácter del médico. Es preciso que sepa *dosificar* su simpatía e incluso interiormente nunca debe abandonarse a sus afectos, pues el hecho de ser dominado por tales afectos, e incluso por pasiones, constituye un terreno poco favorable a la aceptación y a la asimilación correcta de los datos analíticos. Pero al ser el médico sin embargo un ser humano y como tal susceptible de humores, simpatías, antipatías y también arrebatos impulsivos -sin una tal sensibilidad no sería capaz de comprender las luchas psíquicas del paciente-, está obligado durante todo el proceso del análisis a realizar una doble función: por una parte debe observar al paciente, examinar sus dichos y construir su inconsciente a partir de sus palabras y de su comportamiento; por otra parte debe controlar constantemente su propia actitud respecto al enfermo y si es necesario rectificarla, es decir, dominar la *contratransferencia* (Freud).

La condición previa para esto es naturalmente que el médico haya sido analizado. Sin embargo, aunque

8.- En este mismo volumen.

9.- “Introyección y Transferencia”. , O.C., I.

lo esté, no podría franquear las particularidades de su carácter y las fluctuaciones de su humor hasta el punto de hacer superfluo el control de la contratransferencia.

Es difícil decir de una manera general cómo debe efectuarse el control de la contratransferencia: las posibilidades son demasiado numerosas en este terreno. Para hacerse una idea, lo mejor es tomar ejemplos de la experiencia.

Al comienzo de la práctica psicoanalítica, apenas se adivinan los peligros que pueden venir por *ese lado*. Vive uno en la euforia que proporciona el primer contacto con el inconsciente; el entusiasmo del médico se comunica al paciente y el psicoanalista debe a esta afortunada seguridad algunos éxitos terapéuticos sorprendentes. Indudablemente, la parte del análisis en tales éxitos es más bien escasa y pertenece a la pura sugestión, dicho de otro modo, se trata de éxitos de la transferencia. En la euforia de la luna de miel del análisis, está uno muy lejos de tomar en consideración la contratransferencia y menos aún de dominarla. Se sucumbe a todos los afectos que puede suscitar la relación médico-enfermo, se deja uno influenciar por las molestias de los enfermos, incluso por sus fantasías, y hasta se indigna uno contra todos aquellos que le son hostiles o les hacen mal. En una palabra, el médico hace suyos todos los intereses del enfermo y se extraña cuando éste, en quien su conducta ha despertado probablemente esperanzas vanas, manifiesta repentinamente exigencias pasionales. Las mujeres piden al médico que se case con ellas, los hombres que dialogue con ellos, y todos deducen de sus palabras argumentos apropiados para justificar sus pretensiones. Naturalmente, tales dificultades se superan fácilmente durante el análisis; se invoca su naturaleza transferencial y se les utiliza como material para proseguir el trabajo. Pero también puede hablarse de los casos en que los médicos que practican bien sea una terapéutica no analítica, bien un análisis brutal son objeto de acusaciones o de inculpaciones judiciales. Los pacientes desvelan en sus acusaciones el inconsciente del médico. El médico entusiasta que en su deseo de curar y de explicar pretende “comprometer” a sus pacientes, olvida los signos, pequeños y grandes, del atractivo inconsciente que siente hacia sus pacientes, tanto hombres como mujeres, pero éstos los perciben perfectamente y deducen la tendencia que los origina, sin sospechar que el médico no tenía conciencia de ello. Cosa curiosa, en este tipo de asuntos ambas partes tienen razón. El médico puede jurar que, conscientemente, sólo pensaba en curar a su enfermo; pero también el paciente tiene razón, pues el médico se ha colocado inconscientemente como protector de su cliente y lo ha dejado ver a través de diversos indicios.

La trayectoria psicoanalítica nos preserva evidentemente de tales problemas. Sin embargo, puede ocurrir que un control insuficiente de la contratransferencia sitúe al enfermo en un estado imposible de resolver, que le servirá de pretexto para interrumpir la cura. Resignémonos a que el aprendizaje de esta regla técnica del psicoanálisis cueste un paciente al médico.

En lo sucesivo, cuando el psicoanalista ha aprendido pacientemente a evaluar los síntomas de la contratransferencia y consigue controlar todo lo que podía dar lugar a complicaciones en sus actos, sus palabras, o sus sentimientos, corre entonces el peligro de caer en el otro extremo, de convertirse en demasiado duro y esquivo con el paciente; lo cual retrasaría o incluso haría imposible la aparición de la transferencia, condición previa para el éxito de todo psicoanálisis. Podría definirse esta segunda fase como la de la resistencia a la contratransferencia. Una ansiedad desmesurada a este respecto no es la actitud correcta, y sólo tras haber superado este estadio puede el médico alcanzar el tercero: el del dominio de la contratransferencia.

Sólo cuando haya llegado a él, o sea, una vez asegurado de que la vigilancia ejercida sobre este efecto dará enseguida la alerta si sus sentimientos respecto al paciente amenazan con desbordar la justa medida tanto en sentido negativo como en positivo, podrá el médico “dejarse llevar” durante el tratamiento como exige la cura psicoanalítica.

La terapéutica analítica plantea, pues, al médico exigencias que parecen contradecirse radicalmente. Le pide por una parte dejar libre curso a sus asociaciones y a sus fantasías, dejar hacer a *su propio inconsciente*; Freud nos indica que es la única manera de que disponemos para captar intuitivamente las manifestaciones del *inconsciente*, disimuladas en el contenido manifiesto de las palabras y de los comportamientos del paciente. Por otra parte, es preciso que el médico someta a un examen metódico el material proporcionado por el paciente y el aportado por él mismo, y solamente este trabajo intelectual debe guiarle en lo sucesivo

tanto en sus palabras como en sus acciones. Con el tiempo aprenderá a interrumpir este estado de dejarse llevar por determinados signos automáticos provenientes del preconscious y a sustituirlos por una actitud crítica. Sin embargo, esta oscilación permanente entre el libre juego de la imaginación y el examen crítico pide al médico algo que no exige en ningún otro campo de la terapéutica: una libertad y una movilidad de los bloqueos psíquicos exentos de toda inhibición.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo II, 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.