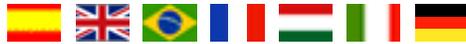


PROLONGACIONES DE LA “TÉCNICA ACTIVA” EN PSICOANÁLISIS. (1921c).



Sándor Ferenczi

Informe presentado al VI Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis en la Haya, el 10 de diciembre de 1920.

I

Después de la introducción hecha por Freud de la “regla fundamental” (la asociación libre), los fundamentos de la técnica psicoanalítica no han sufrido ninguna modificación esencial. Subrayaré de entrada que este no es en absoluto el objetivo de mis palabras; por el contrario, mi propósito era y sigue siendo el situar a los pacientes en un estado en el que puedan seguir la regla de la libre asociación con ayuda de determinados artificios y llegar de este modo a provocar o a acelerar la investigación del material psíquico inconsciente. Por lo demás, estos artificios no son necesarios más que en casos excepcionales. La mayoría de los enfermos pueden desarrollar su cura sin “actividad particular” por parte del médico o del paciente, y cuando sea preciso mostrarse más activo, la intervención debe limitarse a lo estrictamente necesario. En cuanto se supera el estancamiento del análisis que es la justificación propiamente dicha y la razón de ser de la modificación en cuestión, el especialista retornará lo más rápidamente posible a la actitud de receptividad pasiva que crea para el inconsciente del médico las condiciones más favorables para una colaboración eficaz.

Como casi toda innovación, la “actividad” es conocida desde hace mucho tiempo. No sólo porque ha desempeñado un papel esencial en la prehistoria del psicoanálisis, sino también porque en cierto sentido nunca ha dejado de existir. Se trata aquí, pues, de crear un concepto y un término técnico para algo que ha sido siempre utilizado *de facto*, incluso sin ser formulado, y de emplearlo deliberadamente. Por lo demás, considero que tal definición y la elección de una terminología no son cosas que puedan descuidarse en el plano científico; es el único medio de tomar conciencia del propio actuar en el verdadero sentido del término, y únicamente esta toma de conciencia permite la utilización metódica y crítica de un procedimiento.¹

La época del *método catártico* según Breuer y Freud fue un período de intensa actividad, tanto por parte del médico como del paciente. El médico se esforzaba en despertar los recuerdos unidos a los síntomas y con este fin recurría a todas las tretas que le ofrecían los procedimientos de sugestión hipnótica o consciente; en cuanto al enfermo, también se esforzaba en seguir las directrices de su guía, y se veía obligado a mostrarse extraordinariamente activo en el plano psíquico, y a menudo debía recurrir al concurso de todas sus fuerzas psíquicas.

El psicoanálisis tal como lo utilizamos actualmente es una práctica cuyo carácter más saliente es la *pasividad*. Pedimos al paciente que se deje guiar sin ninguna crítica por “lo que le venga a la mente”; sólo hay que comunicar estas ideas sin reservas, superando la resistencia que se encuentre. En cuanto al médico, no debe concentrar su atención con una intención cualquiera (por ejemplo, el deseo de curar o de comprender), sino que se abandonará -también de modo pasivo- a su imaginación y jugará con las ideas del

1.- La importancia de la denominación en materia científica merecería un estudio psicológico aparte.

paciente. Evidentemente, si desea ejercer una influencia sobre el curso de esas ideas, no podrá proseguir indefinidamente la ensoñación. Como ya he afirmado en otro lugar,² en cuanto determinadas opiniones seguras y verdaderamente válidas cristalicen en él, debe prestarles toda su atención y tras madura reflexión debe comunicar su *interpretación* al paciente. Pero tal comunicación es ya una intervención activa en el psiquismo del paciente; orienta el pensamiento de éste en determinada dirección y facilita la aparición de ideas que de otro modo la resistencia no hubiera dejado acceder a la conciencia. En cuanto al paciente, debe también comportarse pasivamente durante este “nacimiento de las ideas”.

Recientes descubrimientos sobre la importancia decisiva de la repartición de la libido en la formación de los síntomas neuróticos han llevado a Freud³ a considerar una ayuda complementaria de otro orden. Distingue dos fases en el tratamiento: en la primera, toda la libido resulta rechazada hacia los síntomas en provecho de la transferencia, en la segunda se entabla la lucha con la libido transferida sobre el médico para tratar de apartar a esta libido de su nuevo objeto. Tal separación es posible por la transformación del Ego bajo la influencia de la educación realizada por el médico. El aflujo de la libido en la transferencia, dice Freud, no implica ningún apoyo activo por parte del médico. La transferencia nace espontáneamente y el médico debe sólo tener la habilidad de no estropear el proceso.

La educación del Ego, por el contrario, es una intervención francamente activa, cuya posibilidad tiene el médico en razón de su autoridad aumentada por la transferencia. Freud no teme llamar “sugestión” a este modo de influencia, indicando siempre las características esenciales que diferencian la sugestión psicoanalítica de la que no lo es.⁴ La influencia ejercida sobre el paciente es ciertamente algo activo, y el paciente reacciona pasivamente a este esfuerzo del médico sólo nos resta, para disponer de un panorama “metapsicológico” de la naturaleza del símbolo en el sentido de Freud, reconocer la repartición de las cantidades psico-fisiológicas que intervienen en el juego de estas fuerzas, así como disponer de datos más precisos sobre la onto y la filogénesis.

Todo lo que hemos dicho hasta aquí sobre el comportamiento pasivo o activo se refería exclusivamente a la *actitud psíquica* del enfermo. En cuanto a *acciones*, el análisis sólo exige al paciente que acuda puntualmente a las sesiones; por lo demás no ejerce ninguna influencia sobre su modo de vida e incluso subraya expresamente que el paciente debe tomar por sí mismo las decisiones importantes o diferir éstas hasta que se sienta capaz de hacerlo.

La primera excepción a esta regla tuvo lugar en el transcurso de determinados casos de *histeria de angustia*. Los pacientes, a pesar de una observancia rigurosa de la “regla fundamental” y de una visión profunda sobre sus complejos inconscientes, no conseguían superar algunos puntos muertos del análisis hasta que no se les incitaba a salir del seguro refugio que constituía su fobia y a exponerse, a título de ensayo, a la situación de la que habían huido con angustia debido a su carácter penoso. Como cabía esperar, esta tentativa provocaba un agudo acceso de angustia. Sin embargo, al exponerse a este afecto superaban la resistencia frente a una parte del material inconsciente rechazado hasta entonces, que en lo sucesivo resultaba accesible al análisis bajo la forma de ideas y de recuerdos.⁵

Este procedimiento fue designado con el término de “técnica activa”, lo que no significaba tanto una intervención activa por parte del médico como por la del paciente, al que se le imponía ahora, aparte de

2.- “La técnica psicoanalítica”, en el volumen II.

3.- Freud: “Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse”. (Ges. Schir., t. VIII, p. 473).

4.- Los precedentes métodos de sugestión consistían, de hecho, en intentar persuadir al paciente de una mentira consciente (“Usted no tiene nada”, lo que ciertamente es inexacto, dado que el paciente sufre una neurosis). Las “sugestiones” psicoanalíticas utilizan la transferencia para permitir al enfermo convencerse personalmente de los motivos inconscientes de su sufrimiento; además, el propio psicoanalista debe velar para que la creencia adquirida no sea una “fe ciega” sino la convicción personal del paciente apoyada en sus recuerdos y en su vivencia actual (“repetición”). Esto también es lo que diferencia al psicoanálisis de las curas de Dubois, por la explicación y la persuasión.

5.- Ferenczi: “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”. En este volumen. Fue una declaración oral de Freud la que me sugirió este procedimiento.

la observancia de la regla fundamental, una *tarea* particular. En los casos de fobia, esta tarea consistía en *realizar determinadas acciones desagradables*.

Tuve pronto ocasión de imponer a una paciente tareas que consistían en esto: debía *renunciar* a determinadas *acciones agradables* que hasta entonces habían pasado desapercibidas (excitación masturbatoria de los órganos genitales, estereotipias y tics, o excitaciones de otras partes del cuerpo), y dominar su impulso a realizar estos actos. El resultado fue el siguiente: un nuevo material mnésico se hizo accesible y el curso del análisis resultó claramente acelerado.

El profesor Freud ha expuesto las consecuencias de tales experiencias y de otras similares en su informe al congreso de Budapest;⁶ incluso ha podido generalizar la enseñanza extraída de estas observaciones y dictar las normas: la cura debe desarrollarse en general en situación de abstinencia; el mismo rechazo que ha supuesto la formación de los síntomas debe mantenerse durante toda la cura para apoyar el deseo de sanar; resulta incluso indicado rechazar *precisamente* la satisfacción que el paciente desea con más intensidad.

Creo haber aportado todo lo publicado hasta el presente sobre la actividad en la técnica psicoanalítica y todo lo que puede destacarse en el método generalmente conocido bajo el término de “actividad”.

II

Quisiera ahora presentar los fragmentos de algunos análisis que sirven para reforzar lo dicho y para profundizar en cierto modo nuestra comprensión del juego de fuerzas que operan en la “técnica activa”. Pienso inicialmente en el caso de una joven músico croata que sufría gran cantidad de fobias y de temores obsesivos. Sólo citaré algunos de sus innumerables síntomas. Sufría un miedo horroroso; cuando en el conservatorio se le pedía que actuara ante los demás, su rostro enrojecía; los ejercicios dactilares que ejecutaba automáticamente y sin dificultad cuando estaba sola, le parecían entonces extraordinariamente difíciles; rehusaba siempre cualquier presentación y estaba obsesionada por la idea de que iba a parecer ridícula, lo que solía ocurrir a pesar de su notable talento. En la calle creía ser observada siempre a causa de su pecho voluminoso y no sabía cómo comportarse para disimular esta malformación física (imaginaria). A veces cruzaba los brazos sobre el pecho, otras se apretaba los senos con un ajustado sostén; pero tras cada medida de precaución, como suele suceder en los obsesos, aparecía la duda: ¿no atraía precisamente la atención sobre ella actuando de esta forma? Su comportamiento en la calle era o bien exageradamente timorato o bien provocativo; se disgustaba si a pesar de su belleza no le prestaban atención, pero no quedaba menos estupefacta si era abordada por alguien a quien su comportamiento inducía a error (o más bien, la interpretaba correctamente). Temía tener mal aliento, y por ello corría constantemente al dentista y al estomatólogo que, naturalmente, no le encontraban nada especial. Vino a verme tras varios meses de análisis (el colega que la trataba tuvo que interrumpir la cura por razones ajenas al caso) y ella se encontraba ya al día sobre sus complejos inconscientes. Sin embargo, en el transcurso de la cura que desarrolló conmigo, no pude sino confirmar una observación hecha por mi colega, consistente en que su evolución no correspondía en absoluto a la profundidad de su comprensión teórica y al material mnésico descubierto hasta entonces. Durante varias semanas le ocurrió lo mismo conmigo. Más tarde, durante una sesión, recordó un dicho popular que su hermana mayor (que la tiranizaba de mil maneras) tenía la costumbre de cantar. Después de dudar durante bastante tiempo, dijo el texto bastante equívoco de la canción y luego se calló, le hice observar que había pensado en la *melodía* de la canción. Le pedí de inmediato que me la *cantara*. Pero fueron necesarias casi dos sesiones antes de que se decidiera a cantar la canción tal como se la imaginaba. Se interrumpió muchas veces en medio de las estrofas porque se sentía molesta, cantó inicialmente con voz débil e insegura hasta que, animada por mis palabras, se decidió a cantar más fuerte, y terminó por desplegar su voz progresivamente denotando ser una excelente soprano. La resistencia no cedió, sin embargo: me confesó, no sin reticencia, que su hermana acostumbraba a cantar la cancioncilla acompañándola con *gestos* expresivos e inequívocos, y ejecutó algunos movimientos torpes con los brazos para ilustrar el comportamiento de su hermana. Por último, le pedí que se levantara y repitiera la canción *exactamente*

6.- “Wege der psychoanalytischen Therapie” ((Ges. Schir., t. VI).

como la ejecutaba su hermana. Tras numerosas tentativas fracasadas por accesos de desánimo, demostró ser una perfecta cantante, con la misma coquetería en la mímica y el gesto que había observado en su hermana. En adelante pareció que la complacía realizar estas exhibiciones y trató de consagrar a ellas las sesiones de análisis. En cuanto me apercibí le dije que ya conocíamos su talento y que tras su modestia se ocultaba un notable deseo de complacer, ahora se trataba de trabajar y había que dejar la danza. Resulta sorprendente cómo favoreció el trabajo este pequeño intermedio: le sobrevinieron recuerdos que hasta entonces nunca había evocado y que se referían a su primera infancia, a la época en que nació un hermanito que ejerció sobre su desarrollo psíquico un efecto verdaderamente funesto y la había convertido en una niña tímida y ansiosa, al mismo tiempo que excesivamente osada. Recordó el tiempo en que era una “diablilla”, la preferida de toda la familia y de todas las amistades, época en la que, sin hacerse de rogar e incluso con gusto, demostraba todo su talento, cantaba ante los demás y en general parecía obtener un gran placer al moverse. Tomé entonces esta intervención activa como modelo e induje a mi paciente a realizar las acciones que le provocaran más angustia. Dirigió en mi presencia (imitando los instrumentos de una orquesta) un largo movimiento de una sinfonía: el análisis de esta idea nos llevó a descubrir el deseo del pene que la atormentaba desde el nacimiento de su hermano. Tocó al piano un difícil fragmento que había ejecutado en el examen; poco después se descubrió que su temor a parecer ridícula tocando el piano estaba unido a las fantasías de masturbación y a la vergüenza que las acompañaba (los “ejercicios dáciles” prohibidos). No se atrevía a ir a la piscina a causa de sus enormes pechos que consideraba deformes; sólo después de haber superado esta resistencia a instancia mía llegó a convencerse, en el transcurso del análisis, del placer latente que experimentaba al exhibirse. Ahora que resultaba posible el acceso a sus tendencias más ocultas me confesó que se preocupaba mucho -durante las sesiones- de su esfínter anal; a veces acariciaba la idea de dejar escapar una ventosidad, y otras contraía sus esfínteres de manera rítmica. Como sucede con toda regla técnica, la paciente se esforzó luego por llevar la actividad hasta extremos absurdos, exagerando las funciones que se le habían encomendado. La dejé hacer durante cierto tiempo, pero luego la apremié a terminar el juego. Tras un trabajo relativamente rápido descubrimos la explicación, de orden anal-erótico, de su temor a tener mal aliento; éste mejoró enseguida de forma notable tras la reproducción de los recuerdos infantiles relacionados con él (y la prohibición de los juegos anales).

La mejoría más notable la debimos al descubrimiento del *onanismo inconsciente* de la paciente, puesto en evidencia con ayuda de la “actividad”. Tras cada gesto violento o apasionado en el piano, experimentaba una sensación voluptuosa a nivel de los órganos genitales que eran excitados por el movimiento. Se vio obligada a confesar estas sensaciones tras haber recibido la orden de adoptar un comportamiento apasionado en el piano como lo había visto en numerosos artistas: pero en cuanto tales juegos comenzaron a procurarle placer, tuvo que renunciar a ellos, por consejo mío. En consecuencia, nos resultó posible recoger reminiscencias y reconstrucciones de juegos infantiles practicados con los órganos genitales, que eran seguramente la causa principal de su excesivo pudor.

Vamos ahora a reflexionar sobre lo que hemos hecho exactamente en nuestras intervenciones y trataremos de hacernos una idea del juego de fuerzas psíquicas al que es preciso atribuir aquí los progresos indiscutibles del análisis. En este caso, nuestra actividad puede descomponerse en dos fases. En la primera, tuve que dar a la paciente, que sentía fobia por determinados actos, la *orden* de realizar estos actos a pesar de su carácter desagradable. Cuando las tendencias reprimidas hasta entonces se convirtieron en fuentes de placer, la paciente fue incitada, en una segunda fase, a defenderse: le fueron *prohibidas* determinadas acciones. Todas estas imposiciones tuvieron como consecuencia el darle *plena conciencia* de algunos de sus impulsos, rechazados hasta entonces, que se expresaban bajo una forma rudimentaria, y finalmente de tomar *consciencia* tanto de las representaciones que le resultaban agradables como de las *mociones de deseos*. En lo sucesivo, cuando tuvo que rehusar a la satisfacción proporcionada por acciones anteriormente impregnadas de voluptuosidad, las mociones psíquicas, despertadas ahora, hallaron el camino del material psíquico rechazado desde hacía tiempo y de los recuerdos infantiles; cuando no ocurrió así, el analista tuvo que interpretarlos como la repetición de algo infantil y se vio obligado a reconstruir los detalles y las circunstancias de los acontecimientos infantiles con ayuda del material analítico proporcionado (sueños, asociaciones, etc.). Resultó entonces fácil que la paciente aceptara estas construcciones, pues no podía negar, ni para ella ni para el médico, que acababa de hacer *ahora* la experiencia de las presuntas actividades

y había experimentado los afectos correspondientes. Así, pues, la “actividad” que hemos considerado hasta el presente como una entidad, se descompone en el requerimiento y ejecución sistemáticos de *órdenes* y de *prohibiciones*, manteniendo siempre la “situación de abstinencia” según Freud.

He tenido ocasión de recurrir a estas medidas en muchos casos en los que se trataba no sólo de estimular y dirigir tendencias eróticas -como en el presente-, sino también actividades muy sublimadas. A la vista de ciertas señales, incité a una paciente, que, aparte de ingenuas tentativas en la pubertad, nunca había compuesto versos, a expresar por escrito las ideas poéticas que se le ocurrieran. De esta manera llegó a desplegar no sólo un don poético excepcional sino todo el panorama de su aspiración a una producción viril, conservada latente hasta entonces, y que se hallaba vinculada a su erotismo clitoridiano preponderante y a su anestesia sexual en relación al hombre. En la fase de prohibición, durante la que el trabajo literario le fue impedido, se descubrió, sin embargo, que en su caso se trataba más bien de un abuso que de un buen uso del talento. Todo su “complejo de virilidad” apareció como secundario, consecuencia de un traumatismo sexual sufrido en la infancia que había orientado su temperamento, hasta entonces femenino y oblativo, hacia el autoerotismo y la homosexualidad y le había hecho concebir horror a la heterosexualidad. Las experiencias realizadas por la paciente durante el análisis le permitieron establecer el justo valor de sus verdaderas inclinaciones; supo que tomaba habitualmente la pluma cuando temía no saber imponerse plenamente como mujer. Esta aportación del análisis contribuyó a devolverle su capacidad de gozo femenino normal.

Si el paciente se muestra “activo” de entrada, sin recibir ninguna orden, si se masturba o realiza actos compulsivos, desarrolla acciones frustradas y manifiesta “síntomas transitorios”, el primer período, la “fase de las órdenes”, desaparece naturalmente por sí misma y la “tarea” del paciente se limita a abandonar provisionalmente tales acciones con objeto de facilitar el análisis. (De hecho, los pequeños síntomas sólo constituyen habitualmente los gérmenes de tendencias latentes y es preciso inicialmente animar al paciente a desarrollarlos en su plenitud.) Entre los síntomas aparecidos y luego prohibidos durante la cura, mencionaré los siguientes: la necesidad de orinar justamente antes o después de la sesión, experimentar náuseas durante la misma, patalear de continuo, acariciarse el rostro, las manos u otras partes del cuerpo, jugar con los esfínteres según se ha mencionado, apretar las piernas, etc. Ya he indicado como ejemplo que un paciente, en lugar de proseguir el trabajo, producía afectos, gritaba, se agitaba y manifestaba en general un comportamiento incongruente en cuanto el contenido de las asociaciones le parecía penoso o desagradable. Por supuesto, la resistencia contra el material analítico ya abordado era la responsable; deseaba literalmente “sacudir” los pensamientos que le resultaban desagradables y desembarazarse de ellos.⁷

Aunque contraviniendo aparentemente la regla fundamental, tuve que animar en algunos casos a los pacientes a elaborar *pensamientos* y *fantasías* y en otros a disuadirles de ellos. De este modo me ocurrió el incitar a enfermos que amenazaban con mentirme -por ejemplo, simulando sueños- a realizar precisamente ese proyecto. Por el contrario, cuando advertí “un abuso de la libertad de asociar”⁸ trucando las asociaciones o utilizando fantasías insignificantes destinadas a conseguir el cambio y a alejar el tema, demostré sin dudar al paciente que intentaba tan sólo eludir las tareas más penosas y le obligué a reanudarlas. Se trataba precisamente de casos en que los pacientes, para evitar lo que les afectaba profundamente o lo que les resultaba desagradable, habían recurrido a lo que se llama *desviar la conversación* (Ganser), que también podría decirse *desviar el pensamiento*. Esta orientación dada a la corriente asociativa, esta inhibición o esta activación de los pensamientos y de las fantasías, son sin duda también actividades en el sentido en que utilizamos el término.

III

Hay poco que decir sobre las *indicaciones* de la actividad en general; como siempre, se trata de un caso especial. El punto fundamental sigue siendo el *empleo excepcional* de este artificio técnico, que no es más

7.- Los tics y lo que llamamos estereotipias del enfermo exigen una atención especial. Véase mi tentativa a este respecto en *Consideraciones sobre los tics*. (en este mismo volumen).

8.- “La técnica psicoanalítica”, en el volumen II.

que un auxiliar, un complemento pedagógico del análisis propiamente dicho, y que nunca debe pretender reemplazarle. He comparado estas medidas a los fórceps del tocólogo a los que no hay que recurrir más que en último extremo y cuyo empleo injustificado es considerado acertadamente en medicina como un error técnico. Los principiantes o los analistas sin demasiada experiencia harán mejor en abstenerse todo el tiempo posible, no sólo porque pueden fácilmente conducir a los enfermos por falsas pistas (o ser conducidos por ellos), sino también porque corren de ese modo el riesgo de perder la única ocasión que tienen de enterarse y convencerse de que la dinámica de las neurosis sólo se puede descubrir en la actitud de pacientes sometidos a la “regla fundamental” y tratados sin ninguna influencia exterior.

Sólo voy a citar algunas de las muchas contraindicaciones existentes. Los artificios técnicos de este tipo son perjudiciales al comienzo de un análisis. El paciente tiene bastante con acostumbrarse a la regla fundamental; también el médico debe permanecer reservado y pasivo al comienzo, con el fin de no estropear las tentativas de transferencia espontáneas. Más tarde, durante la cura, según la naturaleza del caso, la actividad puede ser ventajosa o incluso inevitable. Evidentemente, el analista debe saber que esta experiencia es una espada de dos filos; del mismo modo debe poseer, antes de decidirse, indicios ciertos de la *solidez de la transferencia*. Hemos visto que la actividad trabaja siempre “a contrapelo”, es decir, *contra el principio del placer*. Si la transferencia es débil, o sea, si la cura no se ha convertido todavía para el paciente en una obligación interna (Freud), éste se agarrará fácilmente al pretexto de esta nueva y penosa tarea para desligarse completamente del médico y evitar la cura. Así se explican los fracasos sufridos por los “psicoanalistas salvajes” que proceden en general demasiado activamente y con brutalidad, desagradando de ese modo a sus clientes. Hacia el fin del análisis, las condiciones varían. El médico ya no teme que el paciente huya; de ordinario tiene incluso que luchar contra la tendencia de éste a prolongar indefinidamente la cura, o sea, a aferrarse a él en lugar de volver a la realidad. En el análisis es raro conseguir la “final” sin intervenciones activas o consignas que el paciente deba cumplir además de la “regla fundamental”. Citaré como tales: *fixar un término al análisis, empujar al paciente a tomar una decisión visiblemente madura ya, pero diferida por resistencia, realizar un sacrificio especial impuesto por el médico, un acto de caridad o un donativo pecuniario*. Tras este acto, en principio impuesto y realizado por el enfermo a disgusto, las últimas explicaciones y reminiscencias nos caen del cielo, por decirlo así, como un último regalo (por ejemplo, el caso de “Una neurosis infantil” aportado por Freud), que a menudo van acompañados de un obsequio modesto pero significativo en el plano simbólico, obsequio que esta vez es ofrecido voluntariamente por el paciente y no “se volatiliza” como los ofrecimientos hechos durante el análisis.

No existe de hecho ningún tipo de neurosis al que la actividad no pueda aplicarse eventualmente. Ya he dicho a propósito de los actos compulsivos y de las fobias histéricas de angustia que difícilmente podíamos pasarnos sin estas técnicas. Es raro necesitarlas en las verdaderas histerias de conversión, pero me acuerdo de un caso, hace ya años, que traté de esta manera sin saber que estaba aplicando la terapia activa. Lo contaré brevemente.

Un hombre de apariencia campesina vino a consultarme a la policlínica de los obreros lamentándose de pérdida del conocimiento. Estimé que sus accesos eran de naturaleza histérica y lo llevé a mi casa para realizar un examen más detenido. Me contó una larga historia familiar de desavenencias con su padre, un rico labrador que lo había expulsado a causa de un mal casamiento, de modo que se vio obligado a trabajar en la policía, mientras que..., al decir estas palabras, palideció, se tambaleó y hubiera caído si no le llego a agarrar. Parecía haber perdido el conocimiento y murmuraba palabras incomprensibles; pero no me dejé desconcertar, sacudí al hombre sin ningún miramiento, repetí la frase que había comenzado y le pedí con gran energía que la terminase. Dijo entonces con una débil voz que tuvo que trabajar en la policía mientras su hermano pequeño labraba el campo; que le veía ir tras la carreta arrastrada por seis bueyes y luego volver a la casa tras el trabajo, comer con el padre, etc. Iba a desvanecerse por segunda vez al hablarme de la diferencia entre su mujer y su madre, pero le obligué de nuevo a proseguir su relato hasta el final. En una palabra, este hombre presentaba desvanecimientos histéricos cada vez que deseaba huir de la desagradable realidad hacia el universo maravilloso de la imaginación, o evitar pensamientos demasiado penosos. El tener que llegar conscientemente hasta el término de sus fantasías histéricas, que le fue impuesto “activamente”, operó sobre él una cura milagrosa. No pensaba que pudiera sanar de este modo, “sin remedio”. Sokolnicka ha publicado

recientemente un caso de acceso histérico en una muchacha obsesa que resultó también mejorada con el método activo.⁹ Ha lanzado además la idea, muy interesante, de que se debería intentar abordar de manera pedagógica los síntomas que se hallan al servicio del beneficio secundario de la enfermedad.

Menciono también en esta ocasión los análisis de histerias traumáticas de guerra realizados por Simmel¹⁰ en las que la duración de la cura fue sensiblemente abreviada por la intervención activa, así como las experiencias relativas al tratamiento activo del catatónico, que me fueron comunicadas oralmente por Hollós de Budapest. En general, las *neurosis infantiles* y las *enfermedades mentales* podrían constituir un campo particularmente favorable para la aplicación de la actividad pedagógica y de otro tipo; lo único que no conviene perder nunca de vista es que esta técnica no puede ser calificada de psicoanalítica más que en la medida en que no se utiliza como un fin en sí, sirviendo sólo como medio de investigación en profundidad.

La necesidad de abreviar la duración de la cura por razones exteriores, y el tratamiento masivo en el hospital militar o en la policlínica podrían constituir muy a menudo una indicación de actividad más que los análisis individuales normales. Mi propia experiencia me permite llamar la atención sobre dos peligros. El primero es que el paciente, debido a tales intervenciones, resulte curado *demasiado deprisa*, y por ello de forma incompleta.¹¹ Por ejemplo, he podido llevar rápidamente a una paciente afectada por fobias obsesivas a buscar con agrado todas las situaciones que antes huía con angustia; y la persona tímida, que constantemente se hacía acompañar por su madre, se convirtió en una mujer independiente y de extraordinaria vitalidad, rodeada por toda una corte de admiradores. Sin embargo, nunca llegó a la segunda fase de la técnica activa, la de la renuncia, y la dejé partir con la certidumbre de que debería pasar por ella en un segundo análisis, en cuanto las dificultades externas intensificaran el conflicto interno, resuelto sólo en parte, incitándole a elaborar nuevos síntomas. El otro peligro consiste en que a consecuencia de la exacerbación de la resistencia, la curación que se pretendía abreviar mediante la actividad se alarga más de lo esperado.

Voy a mencionar como indicaciones especiales del análisis activo casos de onanismo en los que es necesario desarrollar primero y luego prohibir las formas larvadas e infinitamente variables, lo cual por otra parte conduce a menudo a los pacientes a practicar efectivamente el onanismo por vez primera. Luego podrán observarse durante cierto tiempo las formas declaradas de onanismo hasta que se desarrollen por completo; pero probablemente nunca se llegará hasta el núcleo inconsciente (edipiano) de las fantasías de autosatisfacción sin prohibir previamente la satisfacción en sí misma.

En el tratamiento de la impotencia, debe asistirse sin intervenir durante algún tiempo a las tentativas de relación sexual de los pacientes, muy a menudo infructuosas, pero de manera general no se debe tardar en prohibir, al menos provisionalmente, estas tentativas de autocuración desaconsejando las tentativas de coito hasta que la verdadera libido, con sus características precisas, no resurja plenamente como resultado del análisis. Evidentemente no se trata de establecer un axioma; existen casos en los que toda la cura se desarrolla sin ninguna acción de este tipo sobre la actividad sexual. Además, para conseguir una profundización del análisis, uno se ve a veces obligado a desaconsejar provisionalmente las relaciones sexuales incluso tras la recuperación de la potencia sexual.

Yo tuve que hacer un uso bastante intenso de la actividad en los casos que podríamos llamar “análisis de carácter”. En cierto sentido un análisis debe tener en cuenta el carácter del paciente en la medida en que prepara poco a poco el Ego de éste a aceptar tomas de conciencia penosas. Sin embargo, hay casos en los que dominan los rasgos de carácter anormales en vez de los síntomas neuróticos. Los rasgos de carácter difieren de los síntomas neuróticos entre otras cosas por el hecho de que estos individuos, como los psicóticos, carecen por lo general de “conciencia de su enfermedad”; estos rasgos de carácter son en cierto modo psicosis privadas, soportadas, e incluso admitidas por un Ego narcisista, y en todo caso anomalías del Ego, siendo precisamente este Ego quien opone mayor resistencia a su variación. Según nos enseña Freud, el narcisismo puede limitar la influencia del análisis sobre el paciente, en particular porque el carácter

9.- “Analyse einer infantilen Zwangsneurose” (Int. Zschr. F. PsA. VI, p. 228).

10.- “Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen” (Int. PsA. Bibl., t. I).

11.- Véase: “Análisis discontinuo”, en el volumen II.

aparece en general como una barrera que obstaculiza el acceso a los recuerdos infantiles. Si no se consigue llevar al paciente a lo que Freud llama la “temperatura de ebullición del amor de transferencia”, en la que se basan incluso los rasgos de carácter más difíciles, puede hacerse una última tentativa y recurrir al método opuesto asignando al paciente tareas que le resulten desagradables, es decir, exacerbar por el método activo y desarrollar plenamente llevándolos hasta el absurdo los rasgos de carácter que a menudo sólo existen en estado embrionario. Es inútil subrayar que tal exacerbación puede suponer fácilmente la ruptura del análisis: pero si el paciente resiste esta prueba, nuestro esfuerzo técnico puede verse compensado por un rápido progreso.

En los casos tratados hasta aquí, la actividad del médico se ha limitado a prescribir a los pacientes ciertas reglas de conducta, es decir, a incitarles a cooperar activamente a la cura por su actitud. De aquí surge la siguiente cuestión de principio: ¿está el médico capacitado para acelerar la cura *mediante su propio comportamiento* respecto al enfermo? Al empujar al enfermo a la actividad, le mostramos en efecto la vía de la autoeducación, que le permitirá soportar más fácilmente lo que todavía se halla rechazado. Se trata ahora de saber si tenemos también el derecho de utilizar los otros recursos pedagógicos entre los que destacan la alabanza y el reproche. Freud ha dicho que con los niños la reeducación analítica no puede dissociarse de las tareas actuales de la pedagogía. Pero los neuróticos, sobre todo en el análisis, tienen algo de infantil, y en realidad se ve uno obligado a enfriar la transferencia un tanto impetuosa mediante una cierta reserva, o a mostrar a los más reacios un poco de benevolencia con el fin de establecer con estas medidas la “temperatura óptima” de la relación entre médico y enfermo. El médico, sin embargo, nunca debe despertar en el paciente esperanzas a las que no pueda o no deba responder; tiene que asegurar hasta el fin de la cura la sinceridad de cada una de sus declaraciones. Pero en el marco de la mayor sinceridad hay lugar para medidas prácticas respecto al paciente. Cuando se alcanza este “optimum”, deja uno de preocuparse de esta relación para consagrarse rápidamente a la tarea principal del análisis, la investigación del material inconsciente e infantil.

IV

Me he visto obligado en muchas ocasiones a alzarme contra las tentativas injustificadas de modificar la técnica analítica en la medida en que las he juzgado superfluas o incluso falaces. Ahora que llego por mí mismo a nuevas proposiciones, debo retornar a las opiniones conservadoras que he profesado hasta el momento o, por el contrario, demostrar que tales proposiciones son compatibles con mis declaraciones precedentes. Estoy seguro de que mis antiguos adversarios no dejarán de acusarme de inconsecuencia. Pienso sobre todo en las críticas que he dirigido a las tentativas técnicas de Jung, Bjerre y Adler.

Bjerre sostenía que no bastaba con buscar las causas patógenas durante el análisis, sino que era preciso además ejercer la dirección espiritual y ética del paciente. Según Jung, el psicoterapeuta debía desviar la atención del enfermo del pasado y orientarla hacia las tareas actuales: Adler afirmaba que en lugar de analizar la libido era preciso ocuparse del “temperamento nervioso”. Mis actuales tentativas presentan cierta analogía con estas modificaciones, pero las diferencias son demasiado evidentes para que puedan escapar a un juicio objetivo.

Las directrices que propongo dar al paciente -y esto, según hemos dicho, sólo en casos excepcionales- no afectan en absoluto a la conducta espiritual o práctica de la vida en general, sino que se refieren tan sólo a determinadas acciones particulares. No están orientadas *a priori* hacia la moral, sino sólo *contra el principio de placer*; no frenan el erotismo (lo “inmoral”) más que en la medida en que confían en apartar de este modo un obstáculo para la práctica del análisis. Pero puede suceder también que se permita e incluso se estimule una tendencia erótica que el paciente rechaza. La investigación del temperamento nunca ocupa un primer plano en nuestra técnica; aquí no desempeña el papel preponderante que tiene, por ejemplo, en Adler, y no se recurre a ella más que en los casos en que determinados rasgos anormales, comparables a las psicosis, perturban el desarrollo normal del análisis.

Se podría además objetar que la “técnica activa” es un retorno a la banal terapéutica por sugestión o por abreacción catártica. Hemos de replicar que no sugestionamos en el sentido antiguo del término, que sólo prescribimos algunas normas de conducta sin predecir el resultado de la actividad, que por lo demás

tampoco conocemos anticipadamente. Cuando estimulamos lo que está inhibido e inhibimos lo que no está, esperamos tan sólo provocar una nueva repartición de la energía psíquica del enfermo (en primer lugar, de su energía libidinosa), susceptible de favorecer la eclosión del material rechazado. Pero no hablamos al paciente de lo que constituirá este material, tanto menos cuanto que nosotros somos a veces los primeros sorprendidos. Tampoco prometemos al paciente una “mejoría” inmediata de su estado. Por el contrario, la exacerbación de la resistencia por la actividad perjudica considerablemente la tranquilidad confortable aunque engañosa de un análisis estancado. Una sugestión que no promete más que cosas desagradables difiere de forma notable de las sugestiones médicas actuales que prometen la salud, hasta tal punto que resulta difícil darles el mismo nombre. Las diferencias entre la “actividad” y la terapéutica catártica no son menores. El método catártico se preocupaba de despertar la reminiscencia y obtener, despertando los recuerdos, la abreacción de afectos bloqueados. La técnica activa incita al paciente a determinadas actividades, a inhibiciones, a actitudes psíquicas, o a una descarga de afectos, y espera poder acceder *secundariamente* al inconsciente o al material mnésico. Sea como fuere, la actividad suscitada en el enfermo no es más que un medio con vistas a un fin, mientras que en la catarsis la descarga de afectos era considerada como un fin en sí mismo. De este modo, cuando la catarsis considera que ha terminado su labor, comienza para el psicoanalista “activo” el trabajo propiamente dicho.

Al subrayar las diferencias (y en parte las antinomias) entre los métodos de tratamiento y las modificaciones mencionadas, por una parte, y la técnica activa, por otra, no intento en absoluto negar que una utilización desconsiderada de mis proposiciones puede fácilmente conducir a una distorsión del análisis en una de las direcciones tomadas por Jung, Adler y Bjerre, o hacer retornar a la terapia catártica. Es una razón de más para utilizar esta ayuda técnica con la mayor prudencia y sólo cuando se posee un perfecto dominio del psicoanálisis clásico.

V

En conclusión, quisiera comunicar brevemente algunas reflexiones que me sirven para teorizar la eficacia de la técnica activa. La actividad, en el sentido aquí definido, provoca esencialmente un aumento de las resistencias irritando la sensibilidad del Ego. Supone un crecimiento de la exacerbación de los síntomas al aumentar la violencia del conflicto interno. Las intervenciones activas recuerdan así a los tratamientos reactivantes a los que se recurre en medicina cuando existen determinados procesos crónicos o reincidentes; un catarro de las mucosas hecho crónico es refractario a cualquier tratamiento, y la exacerbación agudizada por la reactivación artificial no sólo conduce al descubrimiento de los focos latentes de la enfermedad sino que despierta también fuerzas de defensa en el organismo que pueden ser utilizadas en el proceso de curación.

Una consideración teórica de otro orden aclara la eficacia de la técnica activa desde el punto de vista de la economía psíquica. Cuando el enfermo abandona las actividades voluptuosas o se obliga a practicar otras desagradables, surgen en él nuevos estados de tensión psíquica, muy a menudo aumentos de esta tensión, que van a perturbar la quietud de las regiones psíquicas alejadas o profundamente rechazadas que el análisis no había tocado hasta entonces, aunque sus retoños hallen -bajo la forma de ideas significantes- el camino de la conciencia.

La eficacia de la técnica activa se explica de una parte por el aspecto “social” de la terapia analítica. Es sabido que la confesión produce efectos más intensos y más profundos que el reconocimiento que uno se hace a sí mismo, e igual sucede con el análisis respecto al autoanálisis. Kolnai, un sociólogo húngaro, ha puesto de manifiesto recientemente el valor de esta acción. En cuanto a nosotros, la reactivamos cuando llevamos a un paciente no sólo a confesar las mociones profundamente ocultas sino a desarrollarlas ante el médico. Si después le confiamos la tarea de *dominar conscientemente* estas mociones, habremos sometido probablemente a revisión todo el proceso que anteriormente estaba regulado de forma inadecuada mediante el *rechazo*. No es ciertamente un azar que sean precisamente los *malos hábitos* infantiles los que deban a

menudo desarrollarse y luego prohibirse en el análisis.¹²

La reciprocidad del afecto y de la representación, subrayada por Freud en *La interpretación de los sueños*, explica en parte que las expresiones de afectos o las acciones motrices obtenidas por obligación hagan emerger secundariamente las reminiscencias del inconsciente.

El despertar de una reminiscencia es susceptible -como en la catarsis- de entrañar una reacción afectiva: pero una actividad exigida al paciente o un afecto liberado en él pueden también hacer surgir determinadas representaciones rechazadas que se hallan unidas a estos procesos. Naturalmente, el médico debe tener algún indicio de los factores o de las acciones que piden ser reproducidas. También es posible que ciertos contenidos psíquicos inconscientemente patógenos que datan de la primera infancia, que nunca han sido conscientes (o preconsciouses), sino que provienen del período de los “gestos incoordinados” o de los “gestos mágicos”, o sea, de la época anterior a la comprensión verbal,¹³ no puedan ser rememorados sino sólo *revividos* en el sentido de la repetición freudiana. Por consiguiente, la técnica activa sólo desempeña el papel de agente provocador, de modo que sus incitaciones y sus prohibiciones resultan favorecidas por las repeticiones que es preciso interpretar o reconstruir a continuación en forma de recuerdos. “Cuando se consigue liberar por la vía del recuerdo lo que el paciente desearía descargar mediante la acción, nos hallamos ante una victoria de la terapéutica”, afirma Freud.

La técnica activa no persigue otro propósito que el de descubrir, mediante la acción, determinadas tendencias aún latentes y ayudar de este modo a la terapéutica a obtener este triunfo posiblemente con mayor rapidez que antes.

(Sandor 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.

12.- Véase “El psicoanálisis de los hábitos sexuales”, en este volumen.

13.- Véase “El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios”, en el volumen II.