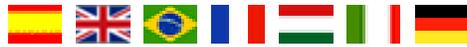


PSICOANÁLISIS DE LAS COSTUMBRES SEXUALES. (Con una contribución a la técnica terapéutica) (1925a).



Sándor Ferenczi

En algunos de mis recientes artículos, he intentado completar nuestra técnica psicoanalítica con algunas medidas “activas”. En conjunto, esos trabajos han permanecido a un nivel muy general; no ofrecían ninguna precisión sobre la manera de utilizar este expediente psicoterapéutico y dejaban en consecuencia un margen demasiado importante a concepciones erróneas. Me siento, pues, obligado a extenderme un poco más sobre estas experiencias técnicas. A decir verdad, la diversidad y las múltiples ramificaciones de mi material no me permiten aún ofrecer una presentación sistemática. Sin embargo, espero conseguir mostrar a través de algunos ejemplos característicos tomados de mi práctica, cómo es posible utilizar con éxito lo que llamamos actividad, cómo estos resultados pueden hallar una explicación en el plano teórico y por último cómo estos puntos particulares se integran en el resto de nuestro saber psicoanalítico. Como toda investigación sistemática, ésta se halla vinculada necesariamente a una determinada toma de posesión. Al defender la tesis contra todas las posibles objeciones, se da la impresión de mantener la novedad de lo que se dice en detrimento de lo que hasta ahora era considerado cierto; este esfuerzo de justificación degenera fácilmente en alegato. Para evitar causar esta impresión ciertamente falsa, el autor se ve obligado a repetir que la dicha actividad no pretende en absoluto reemplazar al análisis actual sino completarlo en algunos puntos y en algunas circunstancias precisas. Toda tentativa por sustituir la técnica psicoanalítica actual con una serie de medidas y de abreacciones activas sólo podría traer consecuencias nefastas. El *objetivo* de la terapia psicoanalítica es, en definitiva, la vinculación psíquica de lo rechazado en el Preconciente mediante la rememoración y las reconstrucciones que acaban por imponerse. La actividad es sólo un medio auxiliar que, utilizado por un analista experimentado, puede hacer progresar el trabajo analítico.

La idea de reagrupar los fenómenos de los que voy a hablar desde el punto de vista de un “psicoanálisis de las costumbres sexuales” me sobrevino durante la redacción, cuando las asociaciones científicas suscitadas por el tema, en principio puramente técnicas, se agruparon por sí mismas en torno al tema indicado en el título.

I

EL ANÁLISIS DE LAS COSTUMBRES URETRO-SEXUALES

Una de las principales reglas que afectan a la actitud general que debe adoptarse respecto al analizado se halla sin duda en la fórmula de Freud, según la cual el análisis debe desarrollarse en un estado psíquico de *privación* (frustración). Hasta ahora el único sentido que hemos dado a esta regla es el de dejar insatisfechos los deseos y exigencias manifestados por el paciente en la transferencia, sobre todo su inmenso deseo de afecto y su tendencia a instalarse en el análisis en cierto modo para toda la vida. Quisiera ahora añadir que es posible imponer también con provecho otras privaciones, de orden diverso, y citaré de entrada, como por ejemplo, la más importante de mis observaciones.

En uno de mis trabajos precedentes he citado, entre los ejemplos destinados a ilustrar la tarea activa durante el análisis, el caso de pacientes que presentan durante la sesión el “síntoma pasajero” constituido por un fuerte *deseo de orinar*, y a los que he impedido ceder a esta necesidad, esperando que el aumento de la tensión, que afectaría al psiquismo a consecuencia de la prohibición, haría surgir con mayor facilidad el material que intentaba disimularse tras ese síntoma. Más tarde he tenido que dar también, en algunos casos,

directrices sobre la defecación, sobre todo a los pacientes particularmente angustiados por la obligación de observar cierta dilación. También allí, perturbando estas costumbres, sólo buscaba algún progreso en el análisis. Pero los resultados superaron mis esperanzas. Los pacientes que presentaban este síntoma, la necesidad de orinar, manifestaron ser personas que orinaban en general demasiado a menudo, dicho de otro modo, pacientes afectados por una forma leve de poliuri que ocultaba el temor inconsciente a controlar mal los esfínteres urinarios, retoño y residuo de las dificultades del niño para adaptarse a esta disciplina excretoria. El mismo fenómeno puede constatarse entre aquellas personas meticulosas respecto a su defecación. Compensan con su prontitud y puntualidad la tendencia infantil erótico-anal a retener las heces el mayor tiempo posible; pero también allí interviene el temor inconsciente a que una retención prolongada suponga la acumulación de excesiva cantidad de excrementos cuya expulsión provocaría un intenso dolor. A menudo el propio paciente es quien me ha obligado a recurrir a medidas tanto uretrales como anales; se trataba en general de hombres impotentes y de mujeres frías.

La primera reacción que suscitaba al perturbar estas viejas costumbres era en general la siguiente: a la prohibición uretral el paciente respondía con una actitud llena de suficiencia, afirmando que era capaz de retener su orina durante todo el día, que en este aspecto era superpotente, etc. Cuando entraba en su juego y le incitaba a retener su orina todo el tiempo posible, conseguía a veces marcas sorprendentes, evitando orinar ocho o diez horas seguidas e incluso una vez veintiocho horas. Por regla general, esto ocurría sólo la primera vez o durante un cierto tiempo. Lo más a menudo, el paciente se plegaba difícilmente a la consigna de proseguir la experiencia e incluso le bastaba uno o dos incidentes que revelaran la debilidad oculta tras esta “superpotencia” para desenmascarar una tendencia a la enuresis desconocida hasta entonces por el paciente, cuyo descubrimiento permitía aclarar importantes fragmentos de su primera infancia. Ocurría como si las diferencias persistentes en los esfínteres internos de la vejiga hubieran sido compensadas por una inervación mayor de los esfínteres auxiliares con objeto de no manifestarse sino tras el agotamiento de estos últimos.

Del mismo modo animaba a las personas excesivamente cuidadosas con su defecación a esperar que la necesidad surgiera por sí sola. La resistencia tomaba entonces la forma de temores hipocondríacos (lo que también solía ocurrir en los casos de experiencia urinaria): el intestino corría el riesgo de estallar e incluso la retención podría provocar hemorroides y los excrementos no eliminados iban a perjudicar al organismo e incluso a envenenarlo; algunos se lamentaban también de dolores de cabeza, de pérdida de apetito o de incapacidad de reflexionar; citaban casos en los que una larga constipación había ocasionado vómitos y resultaba muy difícil impedirles que recurrieran a su antigua costumbre de recibir lavativas o tomar laxantes. Todos estos temores eran en realidad simples construcciones fóbicas que impedían el acceso al erotismo anal y a la angustia anal, rechazados ambos. Manteniendo la tranquilidad, se conseguía con frecuencia entrever con bastante profundidad la vida impulsiva rechazada tras estos rasgos de carácter. Había algunos obstinados que, para reducirme al absurdo, retenían sus heces durante cuatro, cinco, ocho e incluso once días en un caso debidamente certificado. Finalmente, cuando se daban cuenta sin duda de que yo no cedería, estos pacientes producían unos excrementos extremadamente duros y abundantes, y su expulsión iba acompañada de intensos dolores, semejantes a los del parto.

Como en los casos uretrales, una única tentativa era suficiente por lo general, pero no siempre, para romper la obstinación del paciente. Si se daba de nuevo al paciente la orden de contenerse durante todo el tiempo posible, esto les resultaba mucho más difícil que la primera vez e incluso ocurría que esta orden hacía desaparecer una constipación que duraba bastante tiempo. También entonces, en el momento de la evacuación, las proezas de los esfínteres externos pueden disimular, según parece, las debilidades de los esfínteres internos.¹

Evidentemente, nunca hubiera concedido tanta atención a estas dos funciones si no hubiera observado con sorpresa que éstas permitían descubrir más rápidamente determinadas relaciones, inaccesibles, entre las particularidades de carácter y los síntomas neuróticos por una parte, y por otra entre sus fuentes impulsivas

1.- Quienes conozcan mis observaciones sobre los “Fenómenos de materialización histérica” (en este volumen), a menudo muy sorprendentes, no rechazarán *a priori* como absurda la idea de que el inconsciente pueda hallar una expresión directa en la forma y la estructura de los excrementos, posibilidad que Groddeck había indicado ya más o menos seriamente en su “Explorador de almas”.

y la trayectoria infantil. Los denominados “análisis de carácter” podrían exigir claramente esta reducción a los intereses eróticos orales, uretrales y anales con ayuda de los procedimientos activos; como si se tratara en este caso de volver a las fuentes impulsivas para estimar y utilizar de modo diverso la energía impulsiva derivada de ella.

Estas experiencias relativas a la retención de los excrementos se han mostrado además fecundas en una dirección inesperada, viniendo a corroborar la teoría de la “amfimixia” de la genitalidad tal como la he expuesto en mi “Ensayo de la teoría de la genitalidad”.² En algunos casos, me ha llamado la atención la indiscutible influencia que una prohibición uretral ejercía sobre la función anal, como si la tendencia a la evacuación se hubiera desplazado hacia atrás de alguna manera; los pacientes tenían que defecar con más frecuencia, y a menudo padecían de flatulencias y de abundantes gases intestinales. Pero también pueden indicarse desplazamientos de otro orden, por ejemplo, una influencia manifiesta sobre el apetito y, lo más notable y lo más importante sin duda, la aparición de erecciones incluso entre los impotentes que no las habían experimentado desde hacía tiempo. Era preciso situar estos fenómenos en relación con determinadas concepciones teóricas que había formulado en mi “teoría de la genitalidad” en cuanto a la génesis de ésta, e incluso resultaba difícil no ver en ello una confirmación experimental de la concepción allí expuesta, a saber: que las funciones de retención y de evacuación de la vejiga y del intestino pueden presentar innervaciones anales y uretrales bajo forma de una mezcla anfimíctica y que estas tendencias se hallan desplazadas secundariamente sobre el órgano genital, cuyos actos de eyaculación y de inhibición controlan. Además de la importancia teórica de este descubrimiento, me pareció que era muy importante el que, gracias a estas medidas activas, apareciera la perspectiva de una reconstrucción más fácil de la estructura pregenital en los casos de impotencia. Comparto, por lo demás, totalmente la opinión de W. Reich³ según la cual todos los casos de neurosis, y no sólo los de impotencia manifiesta, van acompañados de perturbaciones más o menos importantes de la genitalidad y estoy en disposición de demostrar la oportunidad de la actividad uretro-anal en las estructuras neuróticas más diversas.

A la objeción evidente de que en la retención se trata tan sólo de una excitación mecánica de los órganos genitales próximos, puedo responder que las erecciones no se presentan sólo en forma de “frigidez acuosa”, es decir, cuando la vejiga está llena, sino también tras la evacuación. Además, y es un argumento bien convincente, la actitud psíquica del analizado depone en favor de la relación que acabamos de describir. Aquellos cuya “hiperpotencia” disimulaba debilidades infantiles latentes, se tornaban mucho más modestos, mientras que los individuos que conseguían superar una cierta ansiedad en el transcurso de las tentativas de retención demostraban mucha mayor seguridad en el plano sexual. Entre otras cosas, se atrevían a expresar asociaciones y recuerdos profundamente sepultados y a progresar en la situación de transferencia a un nivel que nunca hubieran podido alcanzar anteriormente. Por lo demás, no estoy absolutamente seguro de que se pueda dar una explicación puramente mecánica a lo que se llama la “frigidez acuosa” sin recurrir a la concepción del desplazamiento anfimíctico de la innervación.

Estas observaciones me han proporcionado la ocasión de aludir a las condiciones que regulan la educación pregenital de los niños y de estudiarlas al detalle en la “post-educación” analítica. He descubierto que en último término es el *temor al dolor* el que constituye la causa tanto de la tendencia a la evacuación uretral como de la tendencia a la retención anal; en el caso de la evacuación de la vejiga, se trata del temor a la tensión provocada por la vejiga llena, y en la evacuación de los excrementos, del temor a sufrir con el paso del bolo fecal, que dilata y distiende el recto. *La evacuación implica, pues, el placer para la vejiga y el malestar para el recto.*⁴ La utilización *erótica* de estas funciones exige soportar un aumento relativamente importante de las tensiones en cuestión. La evacuación de la vejiga no procura un verdadero placer más que si la tensión de su pared supera un cierto límite. Del mismo modo, la prima de placer erótico en la defecación, que Freud ha sido el primero en señalar, sólo se obtiene si el malestar o la tensión sentidos antes de la defecación han alcanzado un grado apreciable; se da entonces un fenómeno general porque, a mi parecer, el carácter específico del erotismo consiste en un triunfo voluptuoso sobre una dificultad

2.- “Thalassa, ensayo sobre la teoría de la genitalidad”, en este volumen.

3.- Informe al Congreso de Salzburgo, 1924: “Significado terapéutico de la libido genital”.

4.- Véanse las observaciones de D. Forsyth sobre este punto.

orgánica que uno se crea a sí mismo.⁵ Muchos neuróticos demuestran ser hiperansiosos que se prohíben el placer del erotismo anal y uretral por temor al dolor inevitable a ellos asociado, y parece que el coraje de afrontar el erotismo pregenital sea un factor necesario sin el cual no pudiera existir erotismo genital sólido. En el análisis, la lucha contra las costumbres anales y uretrales se repite y esta vez llega a una concepción más favorable; ésta presupone naturalmente la supresión de determinadas capacidades y hábitos que dan la impresión de una integración perfecta de esta fase educativa.

Sin embargo, las consecuencias fisiológicas de estas experiencias de retención no son los únicos fenómenos importantes, y hay que añadir el material asociativo descubierto en esta ocasión. La identificación del niño con sus padres pasa, como se sabe, por una primera fase pregenital. Antes de atreverse a medir a los padres en el plano genital, el niño trata de rivalizar con ellos en el plano de las proezas anales y uretrales, ámbito en el que, de acuerdo con mi “Teoría de la genitalidad”, los excrementos equivalen a niños y donde los órganos de excreción pueden desempeñar también el papel, aún indiferenciado en el plano sexual, de procreadores.

Nuestra intervención activa, sobre todo en lo que concierne a los excrementos, podría describirse, pues, de la siguiente forma: hacemos crecer determinadas tensiones hasta que el dolor provocado por la retención se suma al temor de la evacuación; en el caso de las órdenes uretrales, se trata más bien de habituarse en cierta medida a las tensiones de la pared de la vejiga y de aprender a soportarlas. Al lado de estos factores fisiológicos, no hay que descuidar el papel de la transferencia paternal sobre el médico. Las órdenes y prohibiciones formuladas por éste repiten de alguna manera las órdenes autoritarias dadas por los personajes importantes de la infancia, con una diferencia importante: en la infancia todo contribuía a conceder al niño primas de placer, mientras que en el análisis, esta primera educación es reemplazada por otra que deja al erotismo tan sólo el margen que realmente le corresponde.⁶

En relación con la regulación de las funciones anal y uretral, tiene lugar generalmente en el análisis una reconsideración de determinados *rasgos de carácter* que, como Freud ha mostrado, son simples productos de sustitución, de fermentación y de sublimación de estos dispositivos impulsivos orgánicos. La reactivación analítica del erotismo anal se hace a expensas del carácter anal. Los pacientes que hasta entonces eran seres angustiados y avaros, se hacen cada vez más generosos, y no se trata tan sólo de sus materias fecales; el carácter uretral fácilmente inflamable, incapaz de soportar una tensión, ni siquiera psíquica, sin descarga inmediata, adquiere más solidez. En general, puede decirse que estas medidas convencen al paciente de su capacidad para soportar un malestar mayor, e incluso para utilizar este malestar a fin de obtener un nivel superior de placer erótico, y esta convicción le proporciona un cierto sentimiento de libertad y de confianza en sí mismo, del que el neurótico se halla particularmente desprovisto, y es preciso ese sentimiento de superioridad para que aparezcan aspiraciones sexuales más elevadas, de naturaleza genital, y finalmente el coraje necesario para reactivar el conflicto edipiano y superar la angustia de castración.

Al término de un análisis llevado con éxito, parece que los síntomas neuróticos relativos a la micción y a la defecación no pueden atribuirse enteramente a las tendencias a repetir los conflictos de adaptación entre los impulsos vinculados a la evacuación y las primeras exigencias sociales. La fuerza traumática que verdaderamente se halla en juego se demuestra que es, como en las neurosis en general, la tendencia a escapar del conflicto edipiano y por consiguiente de la genitalidad; las expresiones manifiestas y latentes de los erotismos oral, uretral, anal y otros que se hallan en la neurosis son, pues, por lo general secundarios: son formaciones sustitutivas *regresivas* de factores propiamente neurógenos, en particular de la angustia de castración.

5.- Véase “Teoría de la genitalidad”.

6.- Las expresiones “orden” y “prohibición” son bastante ambiguas y no ofrecen una idea exacta de la forma en que conviene explicar estas medidas. Hubiera preferido hablar de *consejos* negativos y positivos para mostrar que no se trata tanto de consignas imperativas, como es costumbre en la educación de los niños, sino de modos de comportamiento que el paciente soporta en cierta manera a título experimental, de acuerdo con el médico, o al menos con la firme esperanza de que resultarán finalmente útiles. Nada está más alejado de las intenciones del psicoanalista que desempeñar el papel del dictador omnipotente o dejar libre curso a una severidad sádica. Actuando de este modo, se caería de nuevo en la antigua psicoterapia autoritaria. Es muy raro conseguir que la prosecución de la cura dependa de la aceptación de nuestros consejos.

La identificación anal y uretral con los padres, que hemos señalado anteriormente, parece constituir una especie de *precursor fisiológico del Ideal del Ego o del Super Ego* en el psiquismo del niño. No sólo el niño establece constantemente comparaciones entre sus logros en este dominio y los de los adultos, sino que establece para él una *moral de los esfínteres* muy severa que no podría transferir sin remordimientos y escrúpulos intensos. No está excluido que esta *moral todavía medio fisiológica* sea uno de los resortes esenciales de la moral ulterior puramente psíquica; lo mismo que la olfacción (antes de comer), acto puramente fisiológico, sería según mi hipótesis el prototipo o el precursor de todas las realizaciones intelectuales superiores en las que se trata siempre de diferir las satisfacciones impulsivas (pensar).

Es muy posible que hayamos subestimado demasiado hasta ahora la significación biológica y psicológica de los esfínteres. Su estructura anatómica y su modo de funcionamiento parecen hacerlos particularmente aptos para la producción, la acumulación y la descarga de las tensiones; actúan a la manera de esclusas situadas en los puntos de entrada y de salida de los orificios del cuerpo y su grado variable de inervación permite una variación infinita de las sensaciones de tensión de escape en la medida en que facilitan o inhiben el aflujo y el reflujo de los contenidos corporales. Hasta el presente se ha considerado a estos fenómenos únicamente bajo el ángulo utilitario, y se ha descuidado completamente la importancia del juego de los esfínteres en el acercamiento al placer o al malestar, sin hablar de su importancia propiamente erótica. Puede constatarse fácilmente el desplazamiento de las cantidades de inervación de un esfínter sobre otro o sobre otros varios. Por ejemplo, un estado de angustia va acompañado a menudo por una reducción notable de la abertura anal y, conjuntamente, de una tendencia a vaciar la vejiga. En la histeria, esta contracción puede desplazarse sobre otros órganos y constituir el globus de la musculatura de la garganta, el espasmo de la laringe (afonía histérica), la contracción del píloro, la formación de esfínteres atípicos en diversos puntos importantes del tubo digestivo en la histeria, demostrándose que la fuente de todos estos espasmos es el temor a una inervación de los esfínteres genitales, que en el hombre puede manifestarse por perturbaciones de la potencia y en la mujer por dolores menstruales (contracciones uterinas). Estas indicaciones sobre los esfínteres conducen, por asociación de ideas, a explicar gran número de síntomas neuróticos por la angustia de castración o la angustia del nacimiento (Rank) y por la *angustia del parto*, que es todavía mal comprendida y subestimada. Para medir la intensidad de las fluctuaciones de las emociones y sobre todo de la angustia, podría sugerirse a la psicología experimental la *manometría de la tensión esfinteriana anal*; la observación de la actividad esfinteriana a nivel de la boca y de la garganta nos ha permitido comprender mejor la fisiología y la patología de la respiración, de la palabra y del tacto, en particular de sus relaciones con las emociones (ver Pfeifer, Forsyth)⁷.

En algunos casos en que los ejercicios de retención fueron prolongados más allá de un determinado punto, los pacientes presentaban una viva angustia y a veces una incontinencia pasajera, generalmente con ocasión de asociaciones que reactivaban vivencias infantiles. Puede concebirse este último síntoma vinculado a la angustia como una especie de *pánico* en el que desaparece toda consideración para la “moral de los esfínteres” y dónde los órganos retornan al estadio de la autosatisfacción infantil primitiva.⁸

Ya he indicado cómo el crecimiento de la tensión desbordaba de los orificios genital, uretral y anal sobre todo el tono psicofisiológico. Los sueños de un paciente, durante un período de actividad de este género, mostraban más claramente que estirarse representaba para él una especie de erección de todo el cuerpo, que le permitía fantasear inconscientemente un coito con su madre, ocupando el cuerpo el lugar de su pene insuficientemente eréctil. Esta identificación neurótica del cuerpo con los órganos genitales sería a mi parecer de gran importancia, tanto en lo que concierne a la patología de las neurosis como a la de las enfermedades orgánicas. Cuando sometí este material de observación al doctor Freud, éste resumió brevemente mi punto de vista diciendo que los impotentes que carecen de coraje para las relaciones sexuales realizan el coito con todo su cuerpo en sus fantasías (inconscientes); puede ser que aquí se encuentre la fuente de todas las “fantasías intrauterinas”.

7.- Véanse también mis indicaciones sobre la tartamudez (“Teoría de la genitalidad”, en este volumen).

8.- Véanse la desaparición repentina de este control esfinteriano en los estados de angustia o de temor excesivo, en los ajusticiados a la horca, etc.

Quisiera ofrecer ahora algunos ejemplos llamativos de la forma en que el análisis puede progresar gracias a la influencia ejercida sobre los procesos de excreción. En un caso de prurito anal neurótico casi insoportable y seguido de onanismo anal y rectal incoercible, el síntoma persistía a pesar de una investigación interminable del material asociativo. Fue preciso que una retención fecal voluntaria bastante prolongada y la sensación de tensión que la acompañaba suprimieran el carácter de órgano placentero inconsciente del intestino para que la tendencia a desplazar el erotismo sobre los órganos genitales apareciera claramente. Otro paciente, capaz de realizar el acto sexual sin haber vaciado por completo con anterioridad su vejiga (incluso entonces sólo lo conseguía de modo parcial), consiguió soportar erecciones más intensas y más prolongadas tras algunas tentativas de retención urinaria y realizó al mismo tiempo progresos considerables en la comprensión psicoanalítica de su estado. Muchos pacientes (sobre todo hombres) presentan en lo que concierne a sus excrementos un comportamiento que proporciona un dato interesante sobre la defecación concebida como parto. En un caso en que la defecación, generalmente forzada, procuraba sensaciones voluptuosas acompañadas de eyaculación, a expensas de la genitalidad, el paciente renunció a este síntoma tras una retención forzada seguida de evacuación dolorosa.

Es difícil decir cuándo y en qué casos puede y debe realizarse esta tentativa. Sea de ello lo que fuere, es preciso apoyar sólidamente la hipótesis de una regresión (o de una descomposición) del erotismo genital en sus etapas biológicas anteriores, es decir, de un desplazamiento de la temida amenaza de castración, que al principio concierne a los órganos genitales, sobre las funciones más anodinas de la excreción anal y uretral. Las medidas que acabamos de exponer tienen por objeto favorecer el desplazamiento sobre los órganos genitales.

El siguiente caso va a mostrarnos cómo importantes cantidades de libido pueden estar inconscientemente vinculadas a las funciones intestinales. Una paciente tenía crisis extrañas que estaban asociadas a “sentimientos de eternidad” durante las cuales debía permanecer durante cierto tiempo al abrigo de cualquier excitación en un estado total de introversión. Esta “eternidad” representaba de hecho la espera indefinida de la evacuación intestinal, que fue reemplazada, tras la experiencia dolorosa de retención forzada, por un impulso irresistible a poner fin a esta “eternidad”. Sólo tras permitirse este *orgasmo en el estado anal*, pudo la paciente acceder al orgasmo genital que hasta entonces le había resultado imposible. Un paciente que sufría una angustia de castración extraordinariamente intensa tenía la costumbre de evacuar un único bolo fecal, por el temor fóbico de ver sus excrementos fragmentados por los esfínteres. Tenía además la sorprendente capacidad de conseguir, sin ayuda exterior, una forma que me resulta totalmente incomprensible en el plano anatómico, un retraimiento pasajero del pene, a un centímetro aproximadamente tras el glande, y este retraimiento se producía generalmente durante la defecación. Cuando todo su erotismo quedó desplazado sobre el órgano genital, su impotencia crónica se atenúo progresivamente y se produjo una mejoría duradera en cuanto pudo elucidar su complejo de Edipo y superar su angustia sexual respecto a sus padres. Aquí, como en muchos otros casos del mismo tipo, la sustancia fecal plástica significaba también un niño. Mi alumno V. Kovács, de Budapest, ha podido explicar un tic de los músculos faciales, que databa de la infancia, por la tendencia latente al onanismo y su desplazamiento sobre los intestinos; ha obtenido una curación duradera con ayuda del psicoanálisis y de determinadas órdenes relativas a la defecación.

Todas estas observaciones tienden a justificar la idea de que el análisis “bioanalítico” de la función genital es no sólo importante en el plano teórico sino también susceptible de aumentar nuestro poder terapéutico. Completaremos lo dicho añadiendo que la actividad puede concernir en algunos casos tanto a las funciones de nutrición como a las de excreción; puede descubrirse el trasfondo impulsivo de los rasgos de carácter orales por la renuncia a determinados placeres relativos a la comida o a la bebida, tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo, así como a consecuencia del consentimiento deliberado de modos de disfrute y de nutrición evitados anteriormente por idiosincrasia.

II

EL ANALISIS DE ALGUNOS HÁBITOS SEXUALES

En su informe al congreso de Budapest,⁹ Freud ha dicho expresamente que no había que tomar en cuenta la

9.- “Wege des psychoanalytischen Therapie”, 1918 (Ges. Schr., t. VI).

regla según la cual el análisis debe desarrollarse en un estado de frustración, en el sentido de una abstinencia sexual permanente a lo largo de toda la cura. Quisiera, sin embargo, demostrar en este capítulo que existen varias ventajas en no retroceder ni siquiera ante esta última consecuencia. El argumento más convincente lo extraeré de una de las últimas publicaciones de Freud;¹⁰ indica en ella que únicamente los impulsos sexuales *inhibidos en cuanto al objetivo* favorecen el vínculo duradero entre un grupo y una autoridad, mientras que la satisfacción disminuye continuamente la fuerza de este vínculo. Y pienso que lo mismo ocurre con el “vínculo colectivo de dos” que se establece en la situación analítica entre el médico y su paciente. Freud afirma también desde hace tiempo que una satisfacción sexual regular volvería al niño ineducable, probablemente porque al permitirle se haría crecer desmesuradamente el narcisismo del niño, que resultaría entonces inaccesible a toda influencia externa. Y ello es también válido a lo que concierne a esta post-educación que intentamos realizar con ayuda del psicoanálisis. El trabajo de la educación, igual que el del análisis, debe repetirse por decirlo así el período de latencia (que he llegado a considerar como una réplica de las privaciones en los tiempos primitivos, posiblemente de la época glacial) y conducir a una solución diferente y mejor. Este trabajo obliga al médico a desempeñar el papel del padre o del padre primitivo¹¹ y al paciente a mostrar que es susceptible de ser influenciado, es decir, de retornar en alguna medida a la psiquis colectiva (Freud). Si se permite a la tensión sexual descargarse constantemente por la satisfacción durante el análisis, no podrá conseguirse las condiciones que crean la situación psicológica necesaria para la transferencia. Consideradas desde este punto de vista, las órdenes y prohibiciones que van contra el principio de placer parecen más bien favorecer la transferencia. El analista actúa sobre sus pacientes a la manera del déspota que no ama a nadie y a quien todo el mundo ama; igual que éste, se asegura la vinculación del analizado prohibiendo determinados modos de satisfacción corriente y la influencia que conquista así va a servirle para descubrir el material rechazado y, finalmente, para deshacer esta vinculación.¹²

La necesidad de combinar el análisis y la acesis sexual no es de orden puramente especulativo, sino que es la consecuencia que he extraído de experiencias decepcionantes en las que no había recurrido todavía a este tipo de experiencia de abstinencia, y también en casos en los que la tentación de transgredir esta prescripción era muy grande. Una joven afectada de melancolía aguda a quien no me atreví a prohibir toda relación sexual con el hombre a quien le unía una relación ilegítima, teniendo en cuenta el peligro de suicidio, sufrió mi influencia de tal modo que su estado psíquico resultó soportable, pero no tardó en sustraerse a él para retornar junto a su amante, sin que su análisis hubiera acabado. Otra joven vino a consultarme porque amaba desesperadamente a un médico que practicaba con ella determinados juegos sexuales, pero que no respondía a su ternura. La transferencia se estableció sin dificultad, pero abandonó muchas veces el análisis en el que no encontraba ninguna satisfacción para reunirse con este colega poco escrupuloso. Luego, arrepentida, reemprendía el tratamiento, pero cada vez que aumentaba la resistencia recurría a esta escapatoria. Por último, permaneció ausente durante mucho tiempo (sin duda tenía miedo de su debilidad) y ya no volví a oír hablar de ella hasta el día en que los periódicos dieron cuenta de su suicidio. He perdido un caso muy interesante de neurosis obsesiva, a pesar de una transferencia normal y de progresos regulares, porque no prohibí con bastante energía a la paciente el ceder a un señor que -cosa significativa- tenía el mismo nombre que yo. Realicé una experiencia semejante con otra neurótica que aprovechaba las vacaciones para cometer este tipo de “infidelidad”.

Dos conclusiones se desprenden de esta serie de observaciones: en primer lugar, el análisis tiene pocas posibilidades de liberar al sujeto de una pasión nefasta mientras que existen varias para satisfacerle en cuanto a su objeto amoroso; en segundo lugar, no es bueno en general que el paciente disfrute de los placeres sexuales reales durante el análisis. Naturalmente, el estado de abstinencia sexual es más fácil de conseguir en el caso de los solteros que de los casados: para estos últimos la única solución es a menudo el alejamiento provisional de la familia.

10.- *Psicología colectiva y análisis del Ego.*

11.- Por supuesto que el médico debe realizar a veces el papel de la madre.

12.- Este último factor indica la gran diferencia existente entre la situación psíquica del analizado y la del adepto de una secta religiosa, etc., donde la obediencia se halla asegurada por las privaciones (hambre, penitencia, acesis sexual, supresión del sueño).

Por lo demás, precisamente con los neuróticos casados suele ser más imperiosa la regulación de las relaciones sexuales conyugales. Hombres que sólo consiguen una potencia reducida se esfuerzan a menudo en realizar proezas sexuales en el matrimonio que superan a su propio deseo y se vengan luego de su mujer haciéndola blanco de su mal humor o presentando y acentuando síntomas neuróticos. En realidad, uno se da cuenta frecuentemente de que las marcas de quienes se autodenominan hiperpotentes no hacen sino compensar un sentimiento de debilidad, más o menos a la manera de los hiperpotentes uretrales de los que ya he hablado. Tal disposición de ánimo es poco favorable para que surja la transferencia y además disimula la verdadera situación; en consecuencia es preciso modificarla si se pretende hacer progresar al análisis. Tomemos como ejemplo el siguiente caso, particularmente típico: un paciente, neurótico desde su infancia, resultó “curado” de su impotencia antes de su matrimonio gracias a tratamientos urológicos. Esa curación le llevó a convertirse en obsesivo y a la observancia de un número infinito de ceremoniales que le permitían realizar el coito con un miembro semirecto e incluso consiguió engendrar dos hijos. La primera consigna que se le dio durante el análisis fue una abstinencia total, lo que visiblemente le tranquilizó; además, como su ceremonia incluía un acto que desempeñaba un papel primordial, en este caso vaciar su vejiga justamente antes de la intromisión, le ordené que retuviera su orina; durante este tiempo, el análisis de las compulsiones y obsesiones prosiguió y enseguida constatamos la existencia de una relación entre los síntomas obsesivos y las actividades sexuales compulsivas, temidas en el inconsciente. La obsesión operaba allí, como lo hace siempre, según Freud, en forma de correctivo de la duda cuyo origen era la habitual angustia de castración. Más tarde, en el curso del tratamiento, el paciente tuvo erecciones espontáneas, pero recibió la orden también de resistir estos impulsos, tanto con su esposa como con otras mujeres. En realidad, sólo se trataba de la extensión al terreno genital de los ejercicios precedentes de retención uretro-anal. También allí, la tensión debía superar los límites impuestos anteriormente por la angustia, originando un aumento del placer de agredir en el sentido fisiológico, pero también un aumento del coraje psíquico para combatir enérgicamente las fantasías inconscientes. Así, este análisis, como muchos otros, podrían asimilarse a una especie de *anagogía sexual*.

Tal anagogía no parece ser por otra parte solo atributo de los neuróticos; más de un matrimonio desafortunado puede verse mejorado, pues nada es más perjudicial en una pareja que simular más ternura y sobre todo más sentimientos eróticos que los que realmente se sienten, sin hablar de la represión del odio y de los restantes sentimientos penosos. Un estallido de cólera de vez en cuando y una abstinencia provisional pueden realizar prodigios cuando llega el momento de la reconciliación. En el terreno sexual, el marido adopta a menudo una actitud falsa desde la noche de bodas, durante la cual se siente obligado a demostrar una fuerza viril superior a la real a una joven que no se halla preparada en absoluto para tales asaltos. Generalmente aparece un enfriamiento erótico a partir de este momento, que se manifiesta por un humor moroso del uno y la desesperanza de la otra. Este malestar puede hacerse crónico en la vida conyugal. El marido comienza a sentir el “deber conyugal” como una obligación formal contra la que su libido se rebela también debido a las tendencias compulsivas a la poligamia. La regla de la abstinencia puede ser útil en tales casos. En efecto, la relación sexual no debiera ser un acto de pura voluntad o de rutina, sino más bien una especie de fiesta durante la cual las energías contenidas hasta entonces tienen la posibilidad de manifestarse de una forma arcaica.¹³ Además la investigación psicoanalítica revela la existencia, tras el poco atractivo por las relaciones sexuales conyugales, de la angustia de la relación edipiana cuya fuente es la asimilación de la esposa a la madre. Paradójicamente, pues, la fidelidad conyugal exige más potencia sexual que la poligamia aventurera. El desenvolvimiento desafortunado de tantos matrimonios de amor puede explicarse por una disminución de la ternura tras la satisfacción excesiva; ambos esposos resultan decepcionados y los hombres llegan a tener a menudo la impresión de haber sido cazados en las redes del matrimonio y condenados en lo sucesivo a la esclavitud sexual.

La hiperactividad sexual-genital supone perturbaciones físicas y psíquicas, sobre todo estados depresivos con los que nos ha familiarizado el síndrome de la *neurastenia*. La observación y la curación de este síntoma en el análisis (recurriendo entre otros medios a la regla de la abstinencia sexual) me ha permitido, según creo, saber algo más sobre la patología de este estado, más bien descuidado hasta ahora por los psicoanalistas.

13.- “Teoría de la genitalidad”, en este volumen.

La “descarga inadecuada” que Freud consideraba como la causa de la neurastenia en los primeros trabajos que consagró al tema, parece ser tras un examen más amplio la protesta angustiosa del Ego corporal y psíquico contra la explotación libidinosa; considerada desde este ángulo, la neurastenia reposaría sobre una *angustia hipocondríaca del Ego*; es decir, totalmente a la inversa de la neurosis de angustia en la que la *angustia* proviene de una *libido objetal contenida*. Los neurasténicos están atormentados en cierto modo por “remordimientos físicos” durante la masturbación y otras actividades genitales, comprendido el coito normal; tiene la impresión de haber obtenido el orgasmo a expensas de las funciones del Ego, *arrancando* por decirlo así un fruto aún no maduro, o sea, satisfaciendo la tensión sexual antes de que alcance su punto culminante. Aquí puede hallarse una de las fuentes del simbolismo del “arrebato” que va unido al onanismo.¹⁴ El tratamiento de la neurastenia puede constituir evidentemente un puro paliativo (abandono de las formas de satisfacción patógenas). Sin embargo, puede apoyarse esencialmente mediante el descubrimiento analítico de los motivos responsables de la angustia masturbatoria y mediante el triunfo conseguido sobre esta angustia mediante el tratamiento.

W. Reich¹⁵ tiene razón al afirmar que es inútil impedir una satisfacción masturbatoria evitada hasta entonces mediante la angustia. Podría añadirse aún que el paciente, tras haber aprendido a soportar el onanismo, debe superar una segunda etapa en el tratamiento: tiene que aprender a soportar las tensiones sexuales que aún son más vivas sin onanismo, es decir, a tolerar un período de abstinencia absoluta. Sólo en este estadio, el paciente puede superar totalmente el auto-erotismo y hallar el camino hacia los objetos sexuales normales. En la terminología de nuestra ciencia, se dirá que se deja crecer la tensión libidinosa narcisista hasta un punto tal que la descarga no sea sentida como un sacrificio sino que represente un consuelo y una satisfacción.

Otro hecho importante surgido durante ese estudio sobre la neurastenia y que toda neurosis e incluso toda psicosis permiten constatar, son las *poluciones* nocturnas que corresponden a actos y fantasías masturbatorias deseadas, pero proscritas de la vida onírica debido a su incompatibilidad con la conciencia y que con bastante frecuencia se apoyan en determinadas posturas del cuerpo. El paciente acepta la explicación de su deseo inconciente de tal modo de satisfacción tras una resistencia más o menos larga y bajo la presión del material descubierto; incluso acaba por asumir la responsabilidad de este modo de auto-satisfacción, lo que supone la reducción o el total abandono del mismo. Los sueños de polución son todos sin excepción sueños de incesto disimulados y este origen incestuoso explica que no puedan ser vividos como fantasías masturbatorias en estado de vigilia. En consecuencia, puede considerarse como un progreso el reemplazo de las poluciones por actividades masturbatorias, en realidad menos patológicas, y es preciso tolerar su existencia durante un cierto tiempo antes de imponer la abstinencia total.

La neurosis de angustia, raíz de toda histeria de angustia y de la mayoría de las histerias de conversión, puede también ser tratada bien con ayuda de paliativos o bien de forma radical, porque en realidad depende también de dos factores: por una parte de la cantidad de libido acumulada y por otra de la sensibilidad a estas estasis libidinosas. Como en el caso de los derroches libidinosos de la masturbación, las representaciones y los afectos de angustia de naturaleza hipocondríaca están también ligados a la abstinencia. Los neurasténicos consideran su semen como la más preciosa savia cuya pérdida supone estados y enfermedades muy graves, mientras que los individuos afectados por neurosis de angustia temen ser envenenados por la libido acumulada o sucumbir a la apoplejía. El tratamiento radical consiste en este caso *en adoptar, e incluso reforzar la regla de la abstinencia a pesar de la angustia*, prosiguiendo al mismo tiempo la investigación analítica así como el dominio progresivo de la angustia y de sus retoños psíquicos.

En cuanto a los problemas de la eyaculación (eyaculación precoz en la neurastenia, eyaculación retardada en la neurosis de angustia), se trata ciertamente de perturbaciones funcionales de los testículos y de sus esfínteres en el sentido anal y uretral; de aquí se deriva a veces la necesidad de combinar la abstinencia genital y la abstinencia pregenital. Un mahometano versado en erotismo hindú me contó que podía, lo mismo que sus congéneres, proseguir un coito sin eyaculación *ad infinitum* si la mujer ejercía durante el acto sexual una

14.- En alemán, el término familiar que designa la masturbación significa propiamente arrancarse, desgajarse. (N. del T.).

15.- *Op. cit.*

presión continua con los dedos sobre la región perineal y él desistía de controlar los esfínteres testiculares.

Estas diversas reglas de abstinencia, como ya hemos señalado, no sólo tiene el efecto de desplazar la innervación reprimida sobre otras regiones corporales, sino que van acompañadas además de reacciones psíquicas que permiten superar un importante material inconsciente que hasta entonces ha permanecido oculto. Ya hemos hablado de la reacción de angustia, pero hay que decir, y es un fenómeno importante, que a menudo surge de los arrebatos de cólera y venganza, que, dirigidos primeramente contra el médico, son fácilmente atribuibles a sus fuentes infantiles. Y precisamente esta libertad de reacción es la que distingue las órdenes y prohibiciones utilizadas en la post-educación analítica, de las que han sido sufridas en la infancia y que han originado la neurosis. Tendremos que ocuparnos más detalladamente de esta agresividad. No hay que menospreciar el aumento de la capacidad de realización psíquica bajo la influencia de las vivencias, y sobre todo en el abandono en las “marcas” sexuales como si la libido economizada no sólo hiciera crecer el tono muscular,¹⁶ sino también el del órgano del pensamiento, hipótesis sostenida ya por Schopenhauer. Sin embargo, en lo que concierne al neurótico, la capacidad de realización y de disfrute no puede restaurarse sin análisis; el aumento del tono no sirve en ese caso más que para desvelar el material psíquico rechazado cuyo examen minucioso sólo puede favorecer la capacidad de realización. A partir de los trabajos de Freud, sabemos que la ascesis y la abstinencia absolutas son impotentes para curar una neurosis por sí solas si falta una resolución analítica de los conflictos internos.¹⁷

III

FANTASÍAS INCONSCIENTES DE CRIMEN SÁDICO

En los casos que suponen una hiperactividad génito-sexual donde se ha recurrido a medidas de frustración uretral, anal y genital, el psicoanálisis ha llegado a descubrir con pasmosa regularidad potentes mociones agresivas, principalmente en forma de crimen sádico. Estos accesos se manifestaban a menudo en fantasías sádicas de estrangulamiento, de cuchilladas o de formas de posesión violenta de la mujer, actos que a veces iban teñidos de una nota graciosa o lúdica. Las asociaciones de los pacientes me han permitido constatar que esta intención de matar a la mujer, fantasía por lo general puramente inconsciente, se halla altamente superdeterminada. En primer lugar, es un acto de venganza respecto a la mujer a la que suponen “ladrona de semen”; por otra parte es también una expresión de la angustia de castración, castración que amenaza la autoridad paterna debido al comercio sexual. Este componente del crimen sádico se transfiere en realidad del hombre (el padre) a la mujer (la madre). Pero en estos casos precisos podemos también interpretar la angustia (en el sentido de Rank) como inspirada por la vagina materna (vagina dentata=angustia del nacimiento). De momento no es posible afirmar si esta última angustia debe concebirse como un factor traumático, una repetición del traumatismo del nacimiento o como un medio de expresar el temor a la castración o al parto; es probable que ambos factores angustiosos desempeñen un papel más o menos importante según los casos.

Sea de ello lo que fuere, tras la sutil comunicación de S. Pfeifer en una sesión de la Sociedad de Psicoanálisis de Budapest, en la que explicaba un sueño necrófilo angustioso en relación con el coito, he llegado a generalizar y a afirmar que la angustia del coito es muy a menudo el factor que se halla en la base de los impulsos sádicos de los neuróticos. Una gran parte de los neuróticos consideran inconscientemente el coito como un acto que pone en peligro su vida o su cuerpo directamente o a través de sus consecuencias, y que en particular afecta a su órgano genital, considerándolo un acto en el que el placer y la angustia se hallan estrechamente vinculados. La intención homicida tiene por objeto, al menos en parte, evitar la angustia convirtiendo previamente en inofensivo el objeto amoroso para poder disfrutar a continuación con tranquilidad, sin estar perturbado por la angustia de castración. En estas fantasías de agresión, la mujer es atacada primeramente con armas externas (cuchillo, puño, o determinadas partes del cuerpo menos significativas, sobre todo las manos en el estrangulamiento), y tan sólo después se realiza el coito; es decir,

16.- Los campesinos perspicaces atribuyen la potencia de los toros (reproductores) a la existencia o a la ausencia de la tendencia a “desperzarse”.

17.- Freud: *Introducción al psicoanálisis*.

que el pene sólo sirve como arma una vez que el objeto se ha hecho inofensivo. La íntima fusión que existe en el coito entre las mociones agresivas y libidinosas parece dividirse en este caso en dos actos distintos. En el coito normal de los individuos no neuróticos, la tensión interna que incita a la descarga incide finalmente sobre la angustia, aunque también aquí, como he supuesto en mi “teoría de las catástrofes” onto y filogenéticas del coito,¹⁸ siempre pueden descubrirse huellas de esta angustia.

Al imponer la abstinencia, se obliga al neurótico a soportar fuertes tensiones que acaban por vencer la angustia del coito. En un caso, los sueños del paciente me permitieron seguir con gran claridad la transformación progresiva de la fantasía de homicidio sádico en coito. Tras una serie de sueños en los que la mujer (madre) era asesinada, aparecieron otros que representaban violentos combates con un hombre (médico, padre) y terminaba con una polución. A estos últimos sucedieron sueños de homosexualidad activa, es decir, la castración de hombres, y sólo tras haber vencido al padre y suprimido de este modo la fuente del peligro consiguió tener sueños de coito manifiestos con figuras femeninas.¹⁹

Aportaré ahora algunas observaciones sacadas de mi experiencia, por cierto escasas, sobre las perversiones *masoquistas* que no admiten duda. Recuerdo a un joven muy inteligente, afectado por esta perversión, que me afirmó que el masoquista sólo encuentra placer en un cierto grado, variable según los individuos, de humillación o de sufrimiento físico al que cada sujeto, hombre o mujer, debe conformarse expresamente; si la humillación o el sufrimiento supera la justa medida, se enfría y pierde su pasión, al menos en lo que concierne a esta persona. Se diría que la necesidad de castigo o, más ampliamente, la *necesidad de sufrir* del masoquista, cuyos profundos orígenes ha aclarado Freud en uno de sus recientes trabajos,²⁰ debe servir también para determinados fines prácticos, poco diferentes en este aspecto de mis propias experiencias que están *encaminadas a aumentar la capacidad de soportar el dolor más allá del umbral de angustia* con el fin de estimular el coraje necesario para la realización del coito. Los masoquistas no consiguen en realidad nunca llegar a esto: el orgasmo se halla vinculado, en lo que les concierne, al propio sufrimiento y son totalmente incapaces de practicar un coito normal o al menos únicamente lo consiguen tras sensaciones dolorosas. Las partes del cuerpo reservadas a la experiencia dolorosa son casi siempre extra-genitales, como si se tratara aquí de desplazar el dolor y la angustia sobre otras partes del cuerpo para procurar a los órganos genitales una satisfacción exenta de dolor y de angustia, derivada en cierto modo de la castración. El caso de una paciente masoquista, cuyas fantasías voluptuosas tenían como tema el que era golpeada en las nalgas, ilustra perfectamente esta situación. Desde su infancia había sustituido el erotismo anal por la masturbación genital y le gustaba recibir golpes en el trasero inmediatamente después de haber defecado. Creo que hubiera podido ir más lejos en este caso si hubiera recurrido a los ejercicios de retención anal para favorecer el retorno del erotismo a los órganos genitales, llevando así a la paciente a soportar las fantasías de castración, de nacimiento y de parto.

Desde este punto de vista, el homicidio sádico y el placer masoquista de sufrir tendrían por común motivo la sensibilidad, tanto física como psíquica, el dolor en la región genital y en consecuencia la angustia ante la actividad sexual normal. Investigaciones posteriores tendrán que determinar cuál es la parte de la identificación inconsciente del Ego con los órganos genitales en este proceso.²¹

IV

HÁBITO Y SÍNTOMA

Lo que hemos descrito hasta el presente como hábitos uretrales, anales o sexuales puede también ser definido como los síntomas tras los cuales el análisis va a descubrir otros deseos y mociones rechazadas. Voy, pues, a considerar ahora otra serie, por cierto muy incompleta, de “hábitos sintomáticos” que no están directamente vinculados a los órganos genitales.

El comportamiento motor del paciente durante la sesión de análisis, del que ya he hablado, merece ser

18.- Véase “Teoría de la genitalidad”, capítulos V y VI, en este volumen.

19.- Investigaciones sobre este problema podrían ayudar a comprender las tendencias criminales al homicidio sádico y los impulsos al homicidio en general.

20.- Freud: *El problema económico del masoquismo*.

21.- Véase “Teoría de la genitalidad”, en este volumen.

observado más de cerca. Muchos pacientes muestran una rigidez excesiva de todos los miembros que, cuando llega el momento de marcharse, puede adquirir una apariencia catatónica sin evocar necesariamente una esquizofrenia. Con los progresos del análisis, la resolución de las tensiones psíquicas puede ir acompañada de una desaparición de la tensión física; pero esto no es siempre suficiente y uno se ve obligado a veces a atraer la atención del paciente sobre su comportamiento y en consecuencia a “movilizarlo” más o menos. De esto resulta por lo general la verbalización de un importante material hasta entonces oculto o inconsciente, referido sobre todo a tendencias hostiles y afectuosas que se hallaban inhibidas por la tensión, así como las dificultades relativas a la descarga sexual y a la erección. El apretón de manos del paciente se hace más franco, sus posturas un poco más móviles y al mismo tiempo puede aparecer una actitud psíquica en consonancia con lo anterior.²² Hace mucho tiempo que mi atención ha sido atraída, junto a estos síntomas relativamente constantes, por determinados síntomas “pasajeros”.²³ Incluso la interrupción súbita de un movimiento rítmico habitual puede interpretarse en el análisis como el signo de una operación mental reprimida y ser presentada como tal al paciente.²⁴

Un gesto inhabitual durante la sesión aparece a veces como el signo de una emoción reprimida. Pero los gestos más significativos desde el punto de vista analítico son los llamados “malos hábitos” o las “inconveniencias”: morderse las uñas, hurgarse la nariz, arrascarse, acariciarse el bigote y así sucesivamente. Ya he indicado en otra parte²⁵ la posibilidad de descubrir en ello equivalentes del onanismo. En cualquier caso, no debe descuidárselos y en cuanto se presente la ocasión sería oportuno aconsejar al paciente que los abandonara, no tanto para hacerle perder un hábito como con la esperanza de movilizar el material inconsciente a través del aumento de la tensión interna que de ello resulta, con objeto de aprovechar este material en el plano analítico. El más tenaz de los síntomas pasajeros, el tic convulsivo, escapa a nuestra comprensión y a nuestra influencia si no recurrimos a esta medida.

He tropezado con el caso particularmente típico de un hombre afectado por una grave neurosis narcisista que se hallaba obsesionado por la idea (imaginaria) de que su nariz estaba deformada y que además no cesaba de hacer muecas y realizar violentas contorsiones de los músculos faciales sobre todo cuando estaba emocionado. Poseía también gran número de actitudes y de gestos amanerados que en algunas ocasiones se veía obligado a respetar como si formaran parte de un ceremonial obsesivo. El análisis de este estado progresó considerablemente cuando le prohibí la más mínima expresión de su tic durante la sesión de análisis, y luego fuera de la sesión; esto hizo verdaderamente penoso el trabajo analítico tanto para el médico como para el paciente. Sin embargo, había aparecido la vía que llevaba a la descarga psíquica consciente en lugar de la descarga refleja y simbólica, aunque el objeto y la motivación respectiva de cada movimiento particular resultaran comprensibles. De esta forma, las muecas resultaban una especie de técnica estética consciente de los músculos de la nariz, destinadas a dar a su nariz, gracias a las contracciones y a las tensiones, la forma ideal que poseía anteriormente; este deseo se disimulaba tras el efecto tranquilizante producido por las muecas. Los demás amaneramientos formaban también parte, de forma inconsciente, de estas preocupaciones estéticas.²⁶ La investigación de las asociaciones despertó a continuación recuerdos infantiles de los que se dedujo que todos los movimientos y actitudes habían sido practicados antes de forma consciente y deliberada, mientras que más tarde el paciente apenas conseguía darles un sentido.

Pero esta última observación se halla lejos de constituir una excepción; para precisar mi impresión sobre

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

23.- “Síntomas transitorios en el curso de un psicoanálisis”, en el volumen I.

24.- Parece existir una cierta relación entre la capacidad de relajación muscular en general y la capacidad de practicar la asociación libre. He tenido a veces que exigir al paciente esa relajación. Véase “pensamiento e inervación muscular”, en el volumen II.

25.- Véanse “Observaciones psicoanalíticas sobre los tics” y “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”, en este volumen.

26.- Este ejemplo parece confirmar nuestra hipótesis en cuanto a la existencia de una estrecha relación entre el tic y la neurosis narcisista. Aquí, como ocurre a menudo, el narcisismo era secundario, y consistía en un desplazamiento regresivo del erotismo genital rechazado por todo el cuerpo, incluso por el Ego psicofísico del paciente.

la génesis de los síntomas corporales del histérico y del neurótico en general, diré que ninguno de estos síntomas puede producirse sin que haya existido la misma manifestación sintomática en forma de un “hábito” infantil. Las personas que se ocupan del niño combaten por esta razón estos malos hábitos amenazándoles cuando hacen muecas con la idea de que su rostro “se quedará así”. Sin duda no es frecuente que “se quede así”, pero en el caso de los conflictos neurógenos los hábitos infantiles reprimidos pueden entrar al servicio de lo rechazado en forma de material sintomático. Cuando algunos síntomas histéricos se nos imponen como hallazgos (por ejemplo, la inervación aislada -en general exclusivamente simétrica- de los músculos del ojo o de la laringe, del platisma, movimiento del Galea, modificación de los procesos circulatorios, respiratorios o del peristaltismo intestinal, procesos habitualmente involuntarios), no debemos olvidar que el organismo del niño dispone de formas de excitación en los juegos auto y órgano-eróticos que resultan imposibles para los adultos. La “educación” no consiste tan sólo en adquirir nuevas capacidades, sino también en perder estas aptitudes “supra-normales”. La aptitud olvidada (o rechazada) puede, sin embargo reaparecer en la neurosis en forma de síntoma.²⁷ Por lo demás, todos los ceremoniales obsesivos tienen al menos una de sus raíces en las actividades y juegos infantiles. La curiosa afirmación de muchos neuróticos al fin del tratamiento, a saber: que habrían buenamente “simulado” la enfermedad que les ha hecho sufrir de esa manera convirtiéndoles prácticamente en incapaces de todo, esta afirmación sería en parte exacta en el sentido en el que han producido bajo forma de síntomas en la vida adulta lo que anteriormente, en su infancia, idearon y practicaron como un juego.

El psicoanálisis puede ser también considerado como un combate permanente contra los *hábitos de pensar*. La asociación libre, por ejemplo, permite una atención mantenida tanto por parte del médico como del paciente, con el fin de impedir a este último el caer en el hábito del pensamiento orientado. Cuando por el contrario se advierte que la asociación libre sirve para evitar asociaciones significativas de naturaleza penosa, es preciso incitar al paciente a que las exprese.²⁸ Y al contrario, se encuentran pacientes que, en lugar de asociar libremente, ocupan la sesión con una monótona letanía de lamentaciones y de ideas hipocondríacas. Tras haberles dejado explayarse durante cierto tiempo, he acabado por pedir a estos pacientes que se limiten a indicarme con un gesto convenido que se hallaban preocupados de nuevo por la idea que ya nos resultaba familiar, en lugar de repetir su fastidioso relato. En estas condiciones, la vía confortable de la descarga les resultaba prohibida y el sustrato del estado psíquico se hacía accesible con más rapidez. Al mismo tiempo, al prohibir sistemáticamente “hablar con rodeos” (síntoma de Ganser), puede ensayarse el conducir a los pacientes hasta el término de pensamientos penosos, lo cual no se logra sin resistencia por parte de ellos.

V

METAPSIKOLOGÍA DE LOS HÁBITOS EN GENERAL

“El hábito es una segunda naturaleza”, este proverbio de la sabiduría popular resume casi todo lo que sabemos hasta ahora sobre la psicología de los hábitos. La teoría según la cual la repetición allana el camino de la descarga a la excitación no nos dice más que este proverbio, limitándose a expresar lo mismo en terminología fisiológica. La teoría de los impulsos según Freud nos permite entrever por vez primera la motivación psíquica de la tendencia a repetir por hábito las primeras experiencias vividas; “su convulsión de repetición” es un retoño de los impulsos de vida y de muerte que se esfuerzan en atribuir todo lo existente a un estado anterior de equilibrio. En cualquier caso, la repetición va unida a una “economía del gasto psíquico” y, comparativamente, la búsqueda de nuevas vías de descarga representaría un nuevo modo de adaptación, es decir, algo relativamente más desagradable. Sin embargo, la última obra de Freud, *El Ego y el Ello* (1923), da una cierta idea de la topografía psíquica de los procesos que están implicados en la formación y en la desaparición de los hábitos; en cuanto a los aspectos dinámicos y económicos de tales

27.- Un neurótico afectado por problemas intestinales recordaba haber conseguido jugando, cuando era niño, setenta ventosidades seguidas, perfectamente audibles. Otro que sufría perturbaciones respiratorias había tenido la costumbre, entre los tres y los cuatro años, de apretarse el vientre contra el extremo de la mesa hasta conseguir la emisión de un espasmo respiratorio.

28.- “Abuso de la asociación libre”, en *La técnica psicoanalítica*, en el volumen II.

procesos, Freud los indicaba ya en la teoría de los impulsos. A mi parecer, su división del Ego -concebido anteriormente como una entidad- en Ego propiamente dicho, Superego y Ello permite definir con precisión el punto del sistema psíquico afectado por la transformación de las acciones voluntarias en automatismos (formación de los hábitos) y por otra parte entrever la instancia que permite a estos automatismos tomar una nueva orientación o incluso cambiar (pérdida de los hábitos). El lugar del aparato psíquico en el que podemos suponer que se acumulan las tendencias al hábito, es con toda seguridad la reserva de los impulsos y de la libido, el Ello, mientras que el Ego sólo interviene cuando hay que ocuparse de un nuevo estímulo perturbador, es decir, precisamente cuando se trata de un acto de adaptación. Desde este ángulo, el Ego actúa aquí como “aparato circunstancial” en el sentido de Bleuler. Toda nueva adaptación exige atención, un trabajo por parte de la conciencia y de las superficies perceptivas, mientras que los hábitos se hallan depositados en el inconsciente del individuo. Adquirir un hábito significa por consiguiente entregar al Ello un antiguo acto (de adaptación) del Ego, mientras que, a la inversa, romper un hábito implica que el Ego consciente se ha apoderado de un modo de descarga anteriormente automático (en el Ello) teniendo en perspectiva un nuevo uso.²⁹ Es evidente que esta concepción sitúa en el mismo plano hábitos e instintos, lo cual está justificado por el hecho de que los propios instintos tienden siempre a restablecer un estado anterior y en este sentido no son más que “hábitos”, bien porque conducen directamente a la paz de la muerte, o bien porque llegan al mismo objetivo mediante el desvío del “dulce hábito de existir”. En realidad, puede resultar preferible no identificar totalmente hábitos e instintos y concebir más bien el hábito como una especie de intermediario entre las acciones voluntarias y los instintos propiamente dichos, reservando el término de instinto únicamente a los hábitos muy antiguos que no han sido adquiridos por el individuo sino heredados de los antepasados. Los hábitos serían en cierto modo el estrato de mutación donde se forman los instintos, el lugar en el que todavía hoy se produce la transformación de acciones voluntarias en un hacer instintivo, cuya investigación es posible. Las fuentes de una acción voluntaria son actos de percepción, estímulos que reencuentran la superficie perceptiva del individuo, que es la única que puede controlar, según Freud, el acceso a la motilidad. En la formación de los hábitos, los *estímulos externos* son por decirlo así *introyectados* y actúan desde dentro hacia el exterior, bien espontáneamente o bien mediante signos ínfimos surgidos del mundo exterior.

En este sentido, el psicoanálisis, como hemos dicho, es un verdadero combate contra los hábitos y trata de que una adaptación nueva y real sustituya a éstos métodos habituales e inadecuados para resolver los conflictos que llamamos síntomas: se convierte en el “instrumento que va a permitir al Ego la conquista progresiva del Ello” (Freud).

El tercer componente del Ego, el Superego, tiene también importantes funciones que desempeñar en los procesos de adquisición y de pérdida de los hábitos. Es cierto que no se consigue tan fácilmente adquirir o perder hábitos si no existe previamente una identificación con las potencias educativas cuyo ejemplo se ha erigido interiormente en norma de conducta. Es inútil volver aquí sobre las tendencias libidinosas y los vínculos sociales que se hallan implicados en este proceso. Sin embargo, podemos considerar esta manera de interiorizar la influencia externa de las autoridades educativas como el modelo de la formación de un nuevo hábito o de un nuevo instinto. Sobre este punto, el problema de la formación del instinto tiene estrechas relaciones con el de la formación de las impresiones mnésicas duraderas en el psiquismo y en la materia orgánica en general; es posible que pueda explicarse la formación del recuerdo mediante la ayuda de la teoría de los instintos en vez de expresar esta última con los irreductibles términos de “Mnemen”.³⁰

29.- El sentimiento de una libre decisión de la voluntad, de libre arbitrio, se vincula sólo a las acciones que tienen el carácter de realizaciones del Ego y no a las reacciones instintivas y “habituales” del Ello.

30.- Consideramos aquí el problema de la herencia orgánica. “La experiencia realizada por el Ego, dice Freud en *El Ego y el Ello*, parecen inicialmente inútiles desde el punto de vista de la transmisión hereditaria, pero cuando son lo suficientemente intensas y se repiten de una forma frecuente en gran número de individuos pertenecientes a generaciones sucesivas, se transforman por decirlo así en experiencias del Ello cuyas trazas mnésicas son conservadas y mantenidas a favor de la herencia”. Las consideraciones sobre la adquisición de los hábitos en el transcurso de la vida individual nos muestran, según creo, un poco más claramente la vía seguida por esta incorporación; la herencia de una cualidad adquirida por el individuo puede influenciar por inducción

El psicoanálisis se propone reunir bajo el dominio del Ego determinados componentes del Ello que se han hecho inconscientes y automáticos, y el Ego, debido a sus estrechas relaciones con todas las fuerzas de lo real, puede abrir el camino a una nueva orientación, más conforme con el principio de realidad. La vinculación entre la conciencia y el Ello inconsciente se establece en el análisis “mediante la introducción de eslabones intermediarios preconscientes” (Freud). Sin embargo, esto sólo es posible en lo que concierne al material inconsciente de las *representaciones*; los *impulsos internos inconscientes* que “se comportan como lo rechazado”, es decir, que no llegan a la conciencia ni en forma de mociones ni en forma de sentimientos, no pueden por su parte llegar a la conciencia mediante esos eslabones intermediarios preconscientes. Por ejemplo, las sensaciones internas e inconscientes de desagrado pueden “desarrollar fuerzas motrices sin que el Ego se aperciba de que las sufre. Sólo la resistencia frente a esta obligación, un obstáculo a la reacción de descarga, puede hacer que “ese algo” acceda a la conciencia de forma de desagrado”.³¹ Considerada desde este ángulo, nuestra “actividad” en la técnica analítica, que justamente, al oponer un obstáculo a las reacciones de descarga (abstinencia, privación, prohibición de actividades agradables, imposición de actividades desagradables), aumenta las tensiones unidas a las necesidades internas y lleva de este modo a la conciencia el desagrado hasta entonces inconsciente, aparece como un complemento necesario de la técnica puramente pasiva de las asociaciones, que parte de la superficie psíquica y trata de conseguir el bloqueo preconsciente del material de representaciones inconsciente. Podría denominarse este último “análisis por lo alto” para distinguirlo del primero, al que quisiera denominar “análisis por lo bajo”. La lucha con los “hábitos”, en particular contra los modos larvados e inconscientes de descarga libidinosa, que generalmente pasan desapercibidos, constituye uno de los medios más eficaces para aumentar las tensiones internas.

VI

ALGUNAS PRECISIONES TÉCNICAS

Lo que acabamos de explicar permite reemprender nuestra anterior tentativa de estimulación “activa” de la técnica, que carecía hasta ahora de cualquier presupuesto teórico, y también completarla por parcelas e incluso corregirla si es preciso.

Si nuestra concepción de la doble dirección del análisis es correcta, aparecen enseguida las siguientes cuestiones: ¿qué relación existe entre ambos métodos y cuando debe intervenir el “análisis por lo bajo” y durante cuánto tiempo debe proseguirse? No podemos responder con precisión a estas preguntas y, en consecuencia, el análisis por lo alto, tanto en lo que concierne a la claridad científica como a la precisión de las reglas técnicas, merece ser calificado siempre de clásico. Sin embargo, creo haber mostrado al menos, sobre todo con mis ejemplos de influencia uretro-anal y genital ejercida sobre los analizados, la forma en que la técnica activa puede secundar a la no activa, y creo que nuestra breve discusión teórica ha contribuido un poco a que se comprenda esta acción. Quisiera, sin embargo, completar mis palabras con algunas precisiones que he ido descubriendo en el transcurso de mi práctica analítica.

Mientras las tensiones internas existentes bastan para producir el material necesario para la prosecución del análisis, no hay que preocuparse de aumentar artificialmente la tensión y toda nuestra atención puede concentrarse en el examen analítico del material conseguido espontáneamente. Las líneas maestras de este trabajo están expuestas en las obras técnicas de Freud. Sin embargo, cuando el paciente se apoltrona por decirlo así en una determinada etapa del proceso analítico, no puede uno prescindir de cierta “actividad” y ésta tiene posibilidades de restaurar la libre producción de las asociaciones espontáneas. Muchos análisis resultan notablemente estimulados por esta alternancia de períodos emocionales e intelectuales; hay que recurrir una vez más a la comparación de la perforación de un túnel, con la diferencia de que aquí se halla uno obligado a trabajar alternativamente por uno y otro extremos. Según la regla fundamental de la actividad (la frustración), no deben aceptarse sin más las ideas emitidas por el propio paciente. Dejando de

paralela o por otro método el plasma germinal y de ese modo condicionar las generaciones futuras. (A este respecto, véase “Thalassa”).

31.- Freud: “El Ego y el Ello”, en *Ensayos de psicoanálisis*.

lado el hecho de que nuestra primera respuesta será el preguntarle (cuestión clásica) cómo le ha surgido la idea en cuestión, será acertado aconsejar al paciente que no realice de momento su proyecto, e incluso que haga lo contrario. Actuando de esta forma, se tienen más posibilidades de descubrir la motivación psíquica que dejando al paciente seguir rutinariamente el camino más cómodo para él. Esto resulta particularmente evidente cuando, por ejemplo, el paciente desearía provocar un conflicto en la situación analítica, como lo hace a menudo en su vida cotidiana, y sin embargo el médico le trata con gran indulgencia. En este caso, la frustración consiste en hacer más difícil para el paciente, debido a la indulgencia que encuentra, la descarga de determinados afectos. De modo contrario, algunas naturalezas sensibles que han sido vapuleadas y tratan de atraerse la benevolencia del médico por todos los medios deben ser tratadas con cierta severidad o al menos con una fría objetividad. Por supuesto que el paciente debe estar muy vinculado al análisis para poder practicar este tratamiento “a contrapelo”.

Por regla general, al principio del análisis y durante un cierto tiempo conviene mantener una posición de observador y estudiar el comportamiento del paciente en su medio habitual, en las diversas situaciones de su vida cotidiana. Luego, progresivamente, se comenzará a darle interpretaciones y explicaciones analíticas y sólo más tarde podrán prescribirse determinadas reglas de conducta para estimular el trabajo analítico. Se trata en primer lugar de ejercer una influencia sobre la relación del paciente con sus allegados, sus amigos, sus colegas y sus superiores, y luego de darle ciertos consejos en cuanto a sus diversas costumbres personales y a su modo de vida, terreno sobre el que habrá que llamar su atención en torno a los más mínimos detalles de sus hábitos, relativos a su forma de comer, de dormir, de vestirse y de desvestirse, y sobre todo a sus formas de satisfacción física. A veces es necesario suspender provisionalmente las lecturas apasionadas o los placeres artísticos de algunos pacientes. En otros casos, debe uno resolverse a alejar al paciente de su medio habitual durante un tiempo más o menos largo, aunque sea preferible terminar el análisis en el medio habitual donde la capacidad de adaptación adquirida por el tratamiento terminará por prevalecer. Del mismo modo, puede ser útil enviar a las personas que han emprendido su análisis a cierta distancia de su lugar de residencia a pasar algún tiempo en su casa; también en este caso para ver cómo reaccionan frente a su antiguo entorno con la psiquis que tiene ahora.

En todos los casos, lo más difícil sigue siendo el dominio técnico de la transferencia sobre la que se plantea, como se sabe, el decisivo combate entre médico y enfermo, o más bien entre salud y enfermedad. El médico debe oponer a este respecto una paciencia infinita a la impaciencia creciente del enfermo; en este caso la paciencia pasiva tiene el valor de una intervención activa particularmente eficaz.³² Por ejemplo, en el caso de una violenta transferencia amorosa en la que el paciente responde con una frialdad glacial a la reserva objetiva del médico, son precisas a menudo varias semanas, cuando no un mes o dos, de dura “batalla” antes de conseguir que el paciente advierta la permanencia de los sentimientos positivos en su inconsciente a pesar de la ausencia de respuesta por parte del médico. El reconocimiento de este estado representa a menudo un gran progreso en el análisis, al mismo tiempo que una evolución del carácter del paciente, quien, en determinado momento de su infancia, había adoptado una actitud de rabia y de disgusto; esta experiencia vivida en el análisis puede facilitar la aparición y la reconstrucción de los recuerdos infantiles correspondientes.³³

¿Qué actitud adoptar frente a la ternura impulsiva del paciente? También entonces la regla de la frustración puede ayudarnos a superar esta dificultad, que no es pequeña. Mientras el paciente permanece en un estado de resistencia, debemos atraer su atención sobre las mociones afectivas inconscientes, como acabo de decir; en efecto, éstas exigen un cierto tiempo antes de afirmarse plenamente. No es aconsejable, como ocurre a menudo en los métodos de tratamiento fundados sobre la sugestión o la hipnosis, responder simplemente a los deseos de ternura y de adulación manifestados por los pacientes; el amor de transferencia sólo puede ser unilateral. En cuanto las mociones afectivas rechazadas hasta entonces toman la forma de deseos e incluso de compulsiones, es preciso hacer intervenir de nuevo a la frustración.

32.- “La técnica analítica”, en el volumen II.

33.- “Perspectivas del psicoanálisis”, en este volumen; “La repetición del amor edipiano insatisfecho en la situación analítica” (Rank).

Todo lo que he designado bajo el término de “actividad” concierne a los actos y al comportamiento del paciente; sólo él, en consecuencia, puede mostrarse “activo” llegado el caso, y no el médico. Sin embargo, existen algunos casos excepcionales en los que debe recurrirse a los métodos educativos tradicionales: la severidad y la bondad. Es curioso que el hecho resulte más frecuente con los psicópatas y los psicóticos auténticos que en el caso de los verdaderos neuróticos; y también más frecuente con quienes no se hallan en tratamiento debido a síntomas neuróticos o psicóticos sino a perturbaciones de carácter, y lo mismo ocurre con el análisis de las personas consideradas normales. Los análisis de carácter pueden ser casi tan difíciles como los análisis de psicosis, pues los rasgos de carácter con los que se identifica el Ego son en realidad como los síntomas cuyo carácter patológico no siente el paciente, y cuyo tratamiento cuestiona siempre el narcisismo del paciente. *Los rasgos de carácter son de alguna manera “psicosis privadas”,* y por ello, paradójicamente, las personas normales son más difíciles de “curar” mediante el psicoanálisis que los individuos afectados, por ejemplo, por una neurosis de transferencia. En el caso de un psicópata narcisista que sufría una tendencia a la rigidez catatónica y al mutismo, cesó la tensión cuando le permití darle un golpe. De este modo pienso haber prevenido un acto impulsivo, posiblemente peligrosos. Un paciente psicópata que luchaba contra espantosas crisis de angustia tuvo que resolverse por último a dejarme examinar médicamente sus órganos genitales que se habían quedado infantiles, lo cual disipó su angustia.

Podemos también describir el curso del análisis en la terminología del análisis del Ego: por vías asociativas o por crecimiento de la tensión, o bien las mociones rechazadas del Ello se desarrollan a pesar de la resistencia del Ego, o bien las aspiraciones del Ello demasiado intensas e intempestivas (a menudo son precisamente las mociones aparecidas en primer lugar) no llegan descargarse debido a la movilización de las fuerzas pujantes del Ego.

Se trata del desarrollo de una personalidad de fuertes impulsos que posee también el poder de controlarlos. El caso ideal de un individuo bien educado o bien analizado sería el de una persona que no rechazara sus pasiones, sin que por ello se viera obligada a obedecerlas como un esclavo. En cuanto a saber en qué forma de neurosis está indicado el método de aumento de la tensión o de lucha contra los hábitos, no estoy en situación de dar una norma general. En la histeria, este tipo de mociones y de síntomas de excitación física aparecen tan espontáneamente que no es necesario provocarlos artificialmente; pero también allí algunas medidas apropiadas pueden evitar el desplazamiento de la excitación sobre los órganos genitales. En la neurosis obsesiva, el paciente se esfuerza, por costumbre, en desplazar el análisis sobre un plano intelectual y en abusar de la asociación poniéndola al servicio de rumias compulsivas. Ningún tratamiento de obseso puede terminar en tanto no se haya logrado desplazar el conflicto sobre el terreno afectivo (por lo general con ayuda de medidas activas), es decir, convirtiendo provisionalmente al obseso en un histérico. En un caso próximo a la esquizofrenia con alucinaciones visuales, el análisis mostró en primer lugar una modificación del cuadro clínico, de forma que una manía de duda reemplazó a los síntomas parafrénicos. A medida que se fue progresando en la cura aparecieron sucesivamente síntomas de conversión histérica y luego histeria de angustia (fobias típicas), y en este momento, por vez primera, las bases libidinosas de la enfermedad se hicieron accesibles al análisis. Ocurrió como si la enfermedad fuera reculando paso a paso ante la organización analítica, pero no sin detenerse en cada punto de fijación y oponer a la terapia una resistencia nueva desde el lugar recién ocupado. Estas observaciones y muchas otras del mismo tipo me han convencido de que “el análisis por lo bajo” no es sólo una ayuda para la técnica analítica; también nuestra teoría puede sacar provecho. A menudo hace transparente la estructura de la neurosis y ofrece una idea de lo que llamaría *las fluctuaciones en la elección de la neurosis*.

VII

LA DESHABITUACIÓN DEL ANÁLISIS

Freud nos ha enseñado que en el transcurso del tratamiento el psicoanálisis se convierte en un hábito, e incluso en el síntoma de un estado o en una especie de neurosis que proviene del tratamiento. En cuanto a la naturaleza de este tratamiento, apenas se ha hablado de ello hasta el presente. Abandonada a su suerte, esta “enfermedad” parece curar con mucha lentitud. Cuando las condiciones exteriores no la presionan con fuerza, el paciente no tiene razón alguna para dar por terminada la situación analítica que le conviene en muchos

aspectos. En efecto, como ya hemos visto, a pesar de que el tratamiento consiste en una serie de renunciaciones, de frustraciones, de imposiciones y de prohibiciones, ofrece, sin embargo, al paciente con la situación transferencial, una reedición de su infancia venturosa, una reedición con ventajas. El análisis penetra en la vida afectiva de los pacientes con mucha más delicadeza, benevolencia y sobre todo comprensión que la que tuvo durante la primera educación. Ésta puede ser la razón por la que Freud, en un caso que ha comunicado al detalle,³⁴ fijó un *término* al paciente llegado el cual el análisis debería finalizar. Esta medida activa tan enérgica provocó una reacción de extrema violencia y contribuyó poderosamente a la solución de la historia infantil del paciente que era extraordinariamente compleja. Según el parecer de Rank, al que me adhiero, este “período de deshabitación” es uno de los más importantes y de los más significativos de toda la cura.³⁵ Puedo repetir también aquí que los resultados de este expediente terapéutico, si se sabe utilizar, son notables. Para caracterizar la diferencia que existe entre este modo de deshabitación y mi antigua práctica, recurriré a la comparación que Freud establece entre el análisis y el ajedrez. Anteriormente yo esperaba que el paciente abandonara el juego sin esperanzas. Ataques y réplicas se repetían hasta que cualquier suceso exterior permitía al paciente enfrentarse con mayor facilidad al mundo exterior. Por el contrario, la fijación de un término se concibe como una ruptura definitiva, una especie de jaque mate al que el paciente está abocado después de que el análisis le haya cerrado todas las vías de retirada salvo la salud.

Todo esto sería muy satisfactorio si no surgieran a menudo una serie de cuestiones difíciles a las que hay que responder antes de poder hacer de la fijación de un término un método válido para todos los casos. ¿Existen signos válidos de que el paciente está maduro para la separación y, en caso afirmativo, cuáles son? ¿Qué debe hacerse cuando uno se equivoca y el paciente, en vez de recobrar la salud en el momento de la separación, toma un camino de retirada que había pasado desapercibido y que conduce a la neurosis? ¿Es la fijación de un término una regla efectivamente válida en todos los casos sin excepción?

La respuesta a la primera de las cuestiones no es plenamente satisfactoria. Puede decirse tan sólo que el médico debe haber captado primeramente la estructura del caso y organizado los síntomas en una entidad inteligible. En cuanto al paciente, debe haber elaborado también estas relaciones en el plano intelectual y debe estar en disposición de convencerse sin que le perjudiquen las resistencias de la transferencia. Entre los signos sutiles de curación, pueden citarse las palabras (ya mencionadas) del paciente que afirma no haber estado nunca realmente enfermo, haber simulado siempre, y así sucesivamente. Si se le toma al pie de la letra y se le dice con toda sinceridad que sólo tiene para algunas semanas de análisis, naturalmente temerá y afirmará que no ha hecho otra cosa que complacer. Incluso presentará, en la medida de lo posible, una débil recaída en sus síntomas. Si no nos dejamos desconcertar y mantenemos el término establecido, sucede a menudo, aunque no siempre, que la tentativa de separación conduce a un resultado anticipado.

Como hemos dicho, no está excluido un error en cuanto a la oportunidad de la separación, y se corre el riesgo de que ésta arrastre consecuencias muy negativas. En primer lugar puede perderse la confianza del paciente, y si, ulteriormente, se fija de nuevo un término al análisis, su reacción puede resultar perturbada. Sólo nos resta reconocer nuestro error, pues no tenemos los analistas que preocuparnos especialmente por salvaguardar nuestra infalibilidad médica. Escapamos a la necesidad de fijar un término y a las dificultades que van unidas en el caso en que este término esté impuesto por circunstancias exteriores y no por el analista. Sin embargo, no debemos preocuparnos en lo posible de las condiciones exteriores y ellas no nos supondrán el fin del análisis más que en la medida en que la importancia que les atribuye el enfermo es a menudo debida a la resistencia. En ningún caso hay que fijar un término cuando el propio paciente lo *exige*; su impaciencia debe más bien darnos una razón para perseverar pacientemente. Sin duda tendremos que atender más este tipo de demanda cuando la existencia de la regla de separación se haya extendido a círculos más amplios, y esta regla constituirá entonces, cada vez más, una forma de resistencia.³⁶

34.- “Historia de una neurosis infantil; el hombre de los lobos”.

35.- “Perspectivas del psicoanálisis”, en este volumen.

36.- No conviene descuidar esta forma de resistencia en los análisis didácticos en los que el analista conoce a menudo todos los procedimientos técnicos.

En determinados casos, sucede que se deja entrever la posibilidad de una terminación próxima antes de fijar un final propiamente hablando. Esto basta a veces para provocar violentas reacciones que pueden atenuar la reacción del paciente cuando se le indique una fecha precisa, es decir, una especie de separación en dos tiempos (a menudo bastan algunas semanas, pero a veces se necesitan dos o tres meses).

Si considero con objetividad el conjunto de las experiencias que he realizado a partir del otoño de 1922 apoyándome en el establecimiento de un término, debo constatar una vez más que esta medida constituye a menudo un medio eficaz para activar la separación respecto al médico; en cuanto a su utilización sistemática, tal como la he intentado con Rank, debo volver sobre ello. Me ha ocurrido varias veces tener que reemprender el tratamiento de un paciente -que se había ido curado- para volver a buscar determinados elementos que habían quedado en suspenso. En tales casos, me he guardado evidentemente de fijar un término y *he esperado a que el paciente pierda toda esperanza de satisfacciones reales en la situación analítica, y a que el atractivo de la realidad exterior le remita a la transferencia aunque haya perdido su interés*. Hacia el final de la cura e incluso ya en su mitad, se ve aparecer a menudo sueños y síntomas pasajeros de división que deben interpretarse como fantasías de nacimiento, en el sentido que Rank les da en *El traumatismo del nacimiento*. Rank subraya que el hecho de revivir en cierto modo el nacimiento en la transferencia ayuda considerablemente al análisis en el plano técnico; he podido entrever esta explicación sin llegar a verificar precisamente su oportunidad, pues las comunicaciones de Rank ofrecen poca consistencia. Sea de ello lo que fuere, Rank tiene el mérito de haber mostrado la existencia de las fantasías inconscientes relativas al *nacimiento* y éstas merecen nuestra atención del mismo modo que la fantasía de *retorno al seno materno*. Nuevas investigaciones decidirán si se trata, como Rank piensa, de simples reminiscencias del “traumatismo del nacimiento” o más bien, como yo creo, de una *regresión fantásica del conflicto edipiano a una experiencia del nacimiento superada con éxito, es decir, una experiencia en la que el desagrado es relativamente poco intenso*. Por último, en lo que concierne a este problema del fin del tratamiento, debemos recordar la advertencia de Freud: no podemos tener, como analistas, la ambición de imponer a los pacientes nuestros propios ideales. Así, pues, si se constata que el Ego del paciente es capaz de adaptar sus pasiones (el Ello) a las exigencias de su Superego y a las necesidades de la realidad, es el momento de darle la independencia y de abandonar su educación al destino.

El autor es consciente de haber subrayado de forma unilateral la importancia del principio de la frustración del deseo en cuanto medio para aumentar la tensión interna y de haber descuidado por el contrario el principio de *realización del deseo*. Si embargo, se dan casos en los que el analista se ve obligado a recurrir a este modo de influencia psíquica que ya antes se utilizaba corrientemente en medicina. La medida de “realización de deseo” más importante es a mi parecer la retirada provisional o definitiva de determinadas consignas regidas por la frustración.

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