

ANÁLISIS DE LOS NIÑOS CON LOS ADULTOS. (1931).



Sándor Ferenczi.

Señoras y señores: el que se me haya elegido a mi, un extranjero, como orador para nuestra fiesta de hoy en una Asociación en la que tantos miembros cumplirían esta labor mejor que yo, debe ser explicado o excusado. No son suficientes los veinticinco años que he pasado junto al maestro y bajo su dirección, no es suficiente mi antigüedad; entre ustedes; hay colegas que le han acompañado fielmente durante más tiempo que yo. He de encontrar, por tanto, alguna otra razón. Puede ser que esta ocasión deba ser utilizada para borrar una mentira muy extendida, y utilizada a menudo por los profanos y algunas personas reticentes. Muchas veces hemos escuchado comentarios sobre la intolerancia y la «ortodoxia» de nuestro maestro. Se dice que no permite ninguna crítica de sus teorías a su alrededor y que expulsa a todo el que muestra un criterio independiente para poder imponer con tiranía su voluntad científica. Hablan algunos de su rigor digno del Antiguo Testamento, e incluso pretenden situarlo como defensor de una teoría racial. Es cierto que algunos talentos eminentes y muchos otros de inferior valor le han vuelto la espalda al cabo del tiempo, tras haberle seguido con mayor o menor intensidad. ¿Han obedecido realmente a móviles puramente científicos? Creo que la esterilidad científica que han mostrado tras su partida no habla en su favor. Quisiera ahora poner en la balanza la amable invitación que ustedes me han hecho, como un argumento contra la ortodoxia de la Asociación Internacional y de su jefe espiritual, el profesor Freud. Sin querer medir mi importancia respecto a la de los colegas a los que he aludido, he de decir que soy conocido como un espíritu inquieto o, según me han dicho recientemente en Oxford, como el enfant terrible del psicoanálisis.

Las proposiciones que he elaborado, desde el punto de vista técnico y teórico, están siendo severamente criticadas por la gran mayoría de mis colegas a causa de su carácter fantasioso y excesivamente original. No puedo pretender ni siquiera que el propio Freud esté de acuerdo con todo lo que publico. No ha evitado sus críticas cuando le he pedido su parecer. Pero en seguida ha añadido que el futuro podría darme la razón en algunos aspectos, y ni él ni yo hemos pensado en interrumpir nuestra colaboración a causa de estas diferencias relativas al método y a la teoría; pero en lo que concierne a los principios básicos más importantes del psicoanálisis, estamos totalmente de acuerdo.

Desde un cierto punto de vista, Freud es efectivamente ortodoxo. Ha creado obras que, tras varios decenios, permanecen inalterables, intactas, como cristalizadas. “La interpretación de los sueños”, por ejemplo, es una joya tan finamente pulida, tan perfectamente coherente tanto en el fondo como en la forma, que resiste todas las vicisitudes del tiempo y de la libido, de manera que la crítica apenas se atreve a abordada. Agradecemos al destino la suerte de poder trabajar con este espíritu superior y, digámoslo bien alto, con este espíritu liberal. Esperemos que su sesenta y cinco aniversario, le suponga el restablecimiento de sus fuerzas físicas y el mantenimiento de su espíritu juvenil.

Y ahora me referiré al tema de mi exposición. A lo largo de los últimos años algunos datos experimentales del psicoanálisis se han agrupado en torno a determinadas ideas de manera que he tenido que atenuar considerablemente la oposición tan grande hasta ahora entre el análisis infantil y el análisis de adultos.

Los primeros pasos del análisis infantil se deben a miembros de esta Asociación. Dejando de lado el ensayo precursor de Freud, ha sido la analista vienesa señora von Hugh Hellmuth, quien se ha ocupado metódicamente del análisis de los niños. A ella le debemos la idea de comenzar el análisis infantil como una especie de juego. Ella, y más tarde Melanie Klein, se han visto obligadas, al querer tratar a los niños

mediante el psicoanálisis, a aportar modificaciones sustanciales a la técnica del análisis de adultos, sobre todo en el sentido de atenuar el rigor técnico habitual. Todo el mundo conoce y aprecia los trabajos sistemáticos de nuestra colega Anna Freud sobre el tema, así como los procedimientos magistrales inventados por Aichhorn para captar a los niños más difíciles. En lo que me concierne, no he tenido demasiados contactos con los niños en el psicoanálisis, y ahora estoy sorprendido al tropezarme con este problema por un camino distinto. ¿Cómo he llegado a él? Antes de responder a esta cuestión, voy a comunicarles en breves palabras una particularidad sobre la orientación de mi trabajo. Al tener una especie de fe fanática en las posibilidades de éxito de la psicología de las profundidades, he considerado los fracasos eventuales más como una consecuencia de mi escasa habilidad que como fruto de la «incurabilidad», hipótesis que me ha conducido necesariamente a modificar la técnica en aquellos casos difíciles que resultaban imposibles de proseguir con la técnica habitual.

A regañadientes resolví abandonar los casos más resistentes y me convertí poco a poco en especialista de casos particularmente difíciles, de los que ahora me ocupo tras muchos años de ejercicios. Fórmulas tales como «la resistencia del paciente es insuperable» o «el narcisismo no permite profundizar más este caso» o incluso la resignación fatalista frente al aparente estancamiento de un caso, ya no son admisibles para mí. Pienso que mientras el paciente vuelva, no se rompe el hilo de la esperanza. Debía pues plantearme siempre la misma cuestión: ¿es la resistencia del paciente quien provoca el fracaso, o se trata más bien de que nuestra comodidad se resiste a adaptarse a las particularidades de la persona, en el plano de la aplicación del método? En los casos aparentemente estancados en los que el análisis no ha aportado ni perspectivas nuevas ni progresos terapéuticos desde hace algún tiempo, he creído detectar que lo que llamamos asociación libre continúa siendo una selección consciente de pensamientos, y por ello he inducido a los pacientes a una «relajación» más profunda, a un abandono mayor a las impresiones, tendencias y emociones interiores que surgen espontáneamente. De este modo, cuanto más libre era la asociación, más directas o infantiles eran las palabras y las demás manifestaciones del paciente; con gran frecuencia se mezclaban con los pensamientos y las representaciones imaginadas, ligeros movimientos de expresión, incluso a veces «síntomas pasajeros», que entonces se sometían, como los demás, al análisis. La espera fría y muda, así como la ausencia de reacción del analista, parecían jugar a menudo el papel de una perturbación de la libertad asociativa. En cuanto el paciente que se halla dispuesto a confiarlo todo abandonándose realmente, a manifestar todo lo que pasa en él, sale repentinamente de su estado, como en un sobresalto, y se lamenta de que le es imposible tomar en serio sus movimientos interiores cuando me siente tranquilamente recostado tras él, fumando y reaccionando con la mayor indiferencia con la pregunta estereotipada: «¿Qué le viene a la mente respecto a eso?» Así que pensé que debían existir medios para eliminar esta perturbación de las asociaciones y poder proporcionar al paciente la ocasión de desarrollar con amplitud su tendencia a la repetición, tendencia que trata de abrirse camino. Pero no he necesitado mucho tiempo para recibir de mis propios pacientes los primeros ánimos en cuanto a la manera de llegar a ese resultado. He aquí un ejemplo: un paciente en plenitud de vida decide, tras superar fuertes resistencias, sobre todo una intensa desconfianza, hacer revivir los sucesos de su primera infancia. Yo ya sé, gracias a la aclaración analítica de su pasado, que en las escenas revividas me identifica con su abuelo. De golpe, en medio de su relato, me pasa el brazo alrededor del cuello y musita en mi oreja: “Dime, abuelo, temo que voy a tener un niño...”. Entonces me sobreviene la idea feliz, creo, de no decir nada sobre esta transferencia y de responderle con otra pregunta en el mismo tono de confianza: “Si, ¿por qué piensas eso?” Como ven, me he dejado arrastrar a un juego que podría llamarse juego de preguntas y respuestas, muy análogo a los procesos que nos narran los analistas de niños, y ello hace que este pequeño giro resulte bien. Pero no crean que en este juego sea posible plantear una cuestión cualquiera. Si mi pregunta no es lo suficientemente simple, si no está adaptada a la inteligencia de un niño, el diálogo se rompe rápidamente, de modo que más de un paciente me dijo claramente que había sido poco oportuno y que había estropeado el juego. A veces he tenido que introducir en mis preguntas y respuestas elementos de los que el niño en aquella época no tenía conocimiento. Cuando intentaba dar interpretaciones en exceso o científicas encontraba un rechazo aún más enérgico. Es inútil que les diga que la primera reacción frente a tales incidentes era un acceso de indignación autoritaria. De momento me sentía herido por la pretensión del paciente, o del alumno, de saber las cosas mejor que yo, pero afortunadamente acudía

en seguida a mí el pensamiento de que él debía conocer sus propias cosas mejor que yo. Entonces reconocí que podía cometer errores y que ello no significaba pérdida de autoridad, sino el aumento de la confianza en mí del paciente. Dicho de paso, algunos pacientes se indignaban al oírme calificar aquel procedimiento de juego. Era un signo, decían de que no me tomaba la cosa en serio. En ello había algo de cierto; pronto tenía que confesar, a mí mismo y al paciente, que tales juegos ocultaban gran parte de la realidad infantil. Me convencí cuando, a partir de estos procedimientos más o menos lúdicos, algunos pacientes comenzaron a caer en una especie de trance alucinatorio, durante el cual ponían ante mí sucesos traumáticos en los que el recuerdo inconsciente quedaba también disimulado tras las palabras lúdicas. Desde el comienzo de mi carrera analítica había realizado observaciones semejantes. Un paciente comenzaba repentinamente, en medio del diálogo, a desarrollar una escena en una especie de estado crepuscular histérico. Entonces sacudía al hombre con energía, invitándole a que dijera por fin lo que estaba intentando decir. Ayudado por este ánimo, el paciente recuperaba a través de mi persona el contacto con el mundo exterior y podía comunicarme algunas cosas sobre sus conflictos latentes con frases inteligibles en vez del lenguaje gestual de su histeria.

Como ven, señoras y señores, he utilizado en mi método el giro técnico del «análisis por el juego» con el presupuesto, fundado en toda una serie de observaciones de que no hay que considerarse satisfecho de ningún análisis que no haya conseguido la reproducción real de los procesos traumáticos del rechazo originario, sobre el que reposa a fin de cuentas, la formación del carácter y de los síntomas. Si consideran que, según nuestras actuales experiencias e hipótesis, la mayoría de los choques patógenos se remontan a la infancia, no se sorprenderán al ver al paciente que intenta atribuir su repentino malestar a la etapa infantil. Surgen en este momento algunas cuestiones importantes que debo plantearme. ¿Se gana algo empujando al paciente a un estado infantil y permitiéndole actuar libremente en él? ¿Se ha realizado de este modo una labor analítica? ¿No se refuerza así el reproche que a menudo se nos hace en torno a que al análisis induce a las gentes a desencadenar sus impulsos, sin ningún control, o que provoca simplemente crisis histéricas que también pueden aparecer bruscamente, sin ayuda analítica, bajo el efecto de causas exteriores, sin aportar a la gente más que un alivio pasajero? En general, ¿hasta dónde puede llevarse un juego infantil de ese tipo? ¿Hay criterios para saber hasta dónde puede llegar la relajación infantil, y dónde debe comenzar la frustración educativa?

Naturalmente, la labor analítica no se desarrolla tan sólo con la reactivación del estado infantil y la reproducción de los traumatismos. El material lúdico utilizado, o repetido de cualquier otra forma, debe ser sometido a una investigación analítica profunda. Freud tiene razón al enseñarnos que el análisis supone una victoria cuando consigue reemplazar la actuación por la rememoración; pero pienso que también es ventajoso suscitar un material activo importante, que luego puede ser transformado en rememoración. En principio, también estoy contra las explosiones incontroladas, pero pienso que es útil descubrir, del modo más amplio posible, las tendencias a la acción, ocultas, antes de pasar al trabajo del pensamiento, así como a la educación que va pareja con él. Nadie puede detener a un ladrón antes de haberlo atrapado. Por lo tanto, no crean que mis análisis, que a veces transformo en un juego infantil, sean muy diferentes de los practicados hasta ahora. Las sesiones comienzan, como de costumbre, por pensamientos que provienen de las capas psíquicas superficiales, muy preocupadas como siempre por los acontecimientos de la víspera, luego aparece eventualmente un análisis del sueño, «normal», que puede convertirse fácilmente en infantil o activo. Pero nunca dejo transcurrir una sesión sin analizar a fondo el material activo: claro está que utilizando plenamente todo lo que sabemos sobre la transferencia, la resistencia y la metapsicología de la formación del síntoma, y haciendo consciente al paciente de este material.

En cuanto a la segunda cuestión, es decir hasta dónde puede llegar la acción en el juego infantil, puede responderse del modo siguiente: también el adulto debiera tener derecho a conducirse en el análisis como un niño difícil, es decir desatado; pero cuando cae en el error que nos reprocha tan a menudo, cuando abandona su papel durante el juego y trata de vivir la realidad infantil en el marco de las acciones de un adulto, hay que decirle que está falseando el juego; hay que llegar, aunque cueste, a actuar de manera que limite lo infantil al modo y al alcance de su actitud. A este respecto, quisiera formular la hipótesis de que

los elementos de expresión emocional del niño, básicamente libidinosos, se remontan en el fondo a la tierna relación madre-hijo, y que los elementos de malicia, de arrebatos pasionales y de perversión son muy a menudo consecuencias de un trato desprovisto de tacto por parte del entorno. El análisis sale beneficiado cuando el analista consigue, gracias a una paciencia, una comprensión, una benevolencia y una amabilidad casi ilimitadas, salir al encuentro del paciente. De esta forma se crea una reserva gracias a la cual puede lucharse hasta el final en la elaboración de los conflictos, inevitables a mayor o menor largo plazo, y puede aparecer la perspectiva de una reconciliación. El paciente captará nuestro comportamiento en contraste con los sucesos de su vida familiar, y como se sabe protegido ahora de la repetición, intentará arrojarse a la reproducción del pasado desagradable. Todo lo que ocurre entonces nos recuerda vivamente las referencias de los analistas de niños. Por ejemplo ocurre que el paciente, recordando una falta, nos coge bruscamente la mano y nos suplica que no le peguemos. Muy a menudo los enfermos tratan de provocar nuestra supuesta maldad, oculta, con su malicia, sus sarcasmos, su cinismo, alguna descortesía, e incluso muecas ofensivas. No hay ninguna ventaja en jugar a hombre siempre bueno e indulgente en tales condiciones, y es más acertado mostrar que el comportamiento del paciente nos desagrada, pero que debemos dominarlo sabiendo que, si adopta el papel de malo, será por alguna razón. Se aprenden así muchas cosas sobre la falta de sinceridad y la hipocresía que el paciente ha tenido que observar a menudo en su entorno, sobre su forma de apariencia o de pretensión de amor, mientras disimulaba sus críticas contra todos, y más tarde también contra sí mismo.

No es raro que los pacientes nos aporten, a menudo en medio de sus asociaciones, pequeñas historias compuestas por ellos, incluso poemas o versos rimados; a veces piden una tiza para obsequiarnos con un dibujo, en general muy ingenuo. Naturalmente, les dejo hacer y tomo estos impulsos como punto de partida para otras formaciones fantásticas que más tarde serán sometidas a análisis. ¿No evoca esto un fragmento de análisis infantil?

Permítanme reconocer en esta ocasión un error táctico cuya reparación me ha ayudado a comprender mejor un tema de fundamental importancia. Pienso aquí en el tema de hasta qué punto lo que he hecho con mis pacientes entra dentro del campo de la sugestión o de la hipnosis. Nuestra colega Elizabeth Severn, que se halla en análisis didáctico conmigo, me hizo advertir un día, en el curso de una discusión, que mis preguntas y respuestas perturbaban a veces la espontaneidad de la producción fantástica. Yo debía limitar mi ayuda, en lo relativo a esta producción fantástica, a incitar a las escasas fuerzas del paciente a proseguir el trabajo, a superar las inhibiciones debidas a la angustia, y a otras cosas por el estilo. Resultan mejor mis incitaciones cuando toman la forma de preguntas simples en vez de afirmaciones, lo que obliga al analizando a proseguir el trabajo por sus propios medios. La formulación teórica que se deriva de esto, y a la que debo tantas comprensiones nuevas, es que la sugestión, que uno puede permitirse incluso en el análisis, debe ser un ánimo general más que una orientación particular. Creo que hay una gran diferencia con las sugestiones habituales practicadas por los psicoterapeutas; en realidad se trata simplemente de un reforzamiento de las consignas inevitables del análisis: “ahora tiéndase, deje fluir libremente sus pensamientos, y diga todo lo que le venga a la mente”. Incluso el juego de las fantasías es sólo una ayuda de este tipo, aunque más pronunciada. En lo que concierne a la hipnosis, puede responderse del mismo modo. Durante toda asociación libre, los elementos de éxtasis y de olvido de sí son inevitables; sin embargo la incitación a ir más lejos y más profundo conduce a veces, conmigo muy a menudo, lo confieso honestamente, a la aparición de un éxtasis más profundo: cuando toma un aspecto por así decir alucinatorio, se le puede llamar, si se desea, autohipnosis, mis pacientes lo llaman a menudo un estado de trance. Es importante no abusar de este estado para impregnar al psiquismo sin resistencia del paciente de las teorías y formaciones fantásticas propias del analista, conviene utilizar más esta influencia para aumentar en el paciente la actitud de elaborar sus propias producciones. Usando un giro, no muy elegante, podría decirse que el análisis no debe «introsugerir» o «introhipnotizar» cosas en el paciente, por el contrario «exosugerir» o «exohipnotizar» está no sólo permitido, sino que es útil. Aquí se abre una perspectiva muy importante desde el punto de vista pedagógico sobre el camino a seguir en la educación racional de los niños. Es innegable que los niños son influenciables, que tienden a apoyarse sin resistencia sobre alguien «grande», en sus momentos de debilidad, y que existe un elemento de hipnosis en la relación entre niños y adultos, y hay que acomodarse a esta realidad. Así que el gran poder que los adultos tienen frente a los niños, en vez de utilizarse siempre, como se hace a menudo,

para imprimir nuestras rígidas reglas en el psiquismo maleable del niño, podría ser utilizado para educarlos con mayor independencia y con mayor sentido de la responsabilidad.

Si en la situación analítica el paciente se siente herido, decepcionado, o abandonado, puede ponerse a jugar consigo mismo, como hace un niño olvidado. Se tiene la impresión de que el abandono entraña una división de la personalidad. Una parte de su propia persona comienza a jugar el papel de la madre o del padre con la otra parte, y de esta manera convierte en nulo y en no aceptado el aludido abandono. Lo curioso en este juego no es sólo que ciertas partes del cuerpo como la mano, los dedos, los pies, los órganos genitales, la cabeza, la nariz, o los ojos se transforman en representantes de toda la persona, y en escena sobre la que todas las peripecias de la propia tragedia aparecen y son invitadas a reconciliarse, sino que también se adquiere una visión general del proceso de lo que he llamado autoseparación narcisista, en la propia esfera psíquica. Queda uno sorprendido por el importante número de percepciones autosimbólicas propias, o de psicología inconsciente, que emergen en las producciones fantásticas de los analizados, como ocurre en la de los niños. Se me contaban pequeños cuentos en los que algún animal malo trataba de destruir, a dentelladas y a zarpazos, una medusa, pero no podía hacer presa en ella pues la medusa esquivaba todos los golpes y todas las mordeduras gracias a su maleabilidad, para volver a adquirir pronto su forma de bola. Esta historia puede ser interpretada de dos maneras: por una parte expresa la resistencia pasiva que el paciente opone a las agresiones del mundo exterior, y de otra representa la división de la persona en una parte sensible, brutalmente destruida, y en otra que lo sabe todo pero que de alguna manera no siente nada. Este proceso primario de rechazo queda aún más claramente expresado en las fantasías y sueños en los que la cabeza, es decir el órgano del pensamiento, separada del resto del cuerpo, camina sobre sus propios pies y no está vinculada al resto del cuerpo más que por un hilo, siendo todos estos elementos los que piden una explicación, no sólo histórica, sino también autosimbólica.

En cuanto a la significación metapsicológica de todos estos procesos de división no quiero extenderme más por ahora. Si he podido comunicarles mi sentimiento de que en realidad tenemos que aprender mucho de nuestros enfermos, de nuestros discípulos, y por supuesto también de los niños, me sentiré satisfecho.

Hace muchos años presenté una breve comunicación sobre la relativa frecuencia de un sueño típico al que llamaba “el sueño del bebé sabio”. Son sueños en los que un niño recién nacido, o un bebé en su cuna, comienzan a hablar dando sabios consejos a los padres o a otros adultos. En uno de mis casos, la inteligencia del niño se comportaba, en las fantasías del análisis, como una persona aparte, que tenía por misión prestar rápidamente auxilio a un niño mortalmente herido. «Deprisa, deprisa, ¿qué debo hacer? ¡Han herido a mi hijo! ¿No hay nadie que pueda ayudarlo? ¡Pero miren, pierde toda su sangre! ¡Ya casi no respira! Tengo que curar yo mismo la herida. Vamos, hijo mío, respira profundamente, si no, vas a morir. ¡El corazón se detiene! ¡Se muere, se muere!...» Las asociaciones que estaban vinculadas al análisis de un sueño cesaron, y el paciente, afectado de opistótono, hizo unos movimientos como para proteger su bajo vientre. Mediante ánimos y preguntas, que he descrito anteriormente, conseguí establecer el contacto con el enfermo que se hallaba en el estado casi comatoso y le obligué a hablar de un traumatismo sexual sufrido en la primera infancia. Quisiera fundamentalmente subrayar aquí la luz lanzada por esta observación, y por otras semejantes, sobre la génesis de la autoseparación narcisista. Ocurre como si, bajo la presión de un peligro inminente, un fragmento de nosotros mismos se separara en forma de instancia autoperceptiva queriendo venir en nuestra ayuda, y esto posiblemente desde la primera infancia. Todos sabemos que los niños que han sufrido mucho, moral y físicamente, adquieren rasgos fisonómicos propios de la gente adulta y con experiencia. Tienen igualmente tendencia a tratar maternalmente a los demás; de esta manera comunican a los demás sus conocimientos penosamente adquiridos por el trato recibido y se convierten en gente buena y dispuesta a ayudar. Todos no llegan tan lejos en el dominio de su propio dolor, y algunos quedan fijados en la autoobservación y en la hipocondría.

Pero es innegable que la reunión de fuerzas del análisis y de la observación de los niños se hallan, también allí, ante tareas colosales, ante interrogantes a los que nos llevan esencialmente los puntos de contacto entre los análisis infantiles y de adultos.

Puede afirmarse con justicia que el método que empleo con mis analizantes consiste en «mimarles».

Sacrificando toda consideración en cuanto al propio confort, se cede todo lo posible a los deseos e impulsos afectivos. Se prolonga la sesión analítica el tiempo necesario para poder desarrollar las emociones suscitadas por el material descubierto; no se deja ir al paciente hasta haber resuelto, en el sentido de una conciliación, los conflictos inevitables en la situación analítica, clarificando los malentendidos y remontándose a las vivencias infantiles. Se procede en cierto modo como una madre amorosa que no se acostará sin haber discutido a fondo, con su hijo, todos los miedos, intenciones hostiles, deseos y problemas de conciencia que quedaron en suspenso. A través de este medio dejamos al paciente sumergirse en todos los estadios precoces del amor objetal pasivo en los que, a base de frases musitadas, igual que un niño a punto de dormirse, nos permite entrever su universo onírico. Pero esta relación amorosa no puede durar eternamente, ni siquiera en el análisis. *L'appétit vient en mangeant*. El paciente que se ha vuelto niño se muestra cada vez más exigente, retarda progresivamente la aparición de la reconciliación para evitar hallarse solo, para escapar al sentimiento de no ser amado; o bien busca provocar una situación unitiva por nuestra parte a base de amenazas cada vez más peligrosas. Naturalmente cuanto mayor intensidad tenga la situación de transferencia, mayor será el efecto traumático del momento en que uno se ve obligado a poner fin a tales desbordamientos. El paciente se instala entonces en la situación de frustración que tan bien conocemos y que reproduce en principio, a partir del pasado, la rabia impotente y la parálisis que de ella se deriva, siendo precisos muchos esfuerzos, mucha comprensión y mucho tacto, para conseguir la reconciliación en tales condiciones, de modo contrario a la alienación que persistía durante la infancia. Esto nos permite entrever lo que constituye el mecanismo de la traumatogénesis: primero la parálisis completa de cualquier espontaneidad, luego de todo trabajo mental, hasta de los estados semejantes a las situaciones de choque o de coma en el ámbito físico, y después la instauración de una nueva situación –desplazada- de equilibrio. Si conseguimos establecer el contacto, en estos estadios, advertiremos que el niño, que se siente abandonado, pierde todo placer de vivir o, como podríamos decir con Freud, vuelve la situación agresiva contra su propia persona. Esto llega tan lejos que el paciente comienza a sentirse como en trance de irse o de morir; el rostro se torna pálido, y aparecen estados próximos al desvanecimiento, así como un incremento general del tono muscular, pudiendo llegarse hasta el opistótonos. Lo que se está desarrollando ante nuestra vista es la reproducción de la agonía psíquica y física que entraña un dolor incomprensible e insoportable. Advierto de paso que estos pacientes «moribundos» proporcionan también interesantes informaciones sobre el más allá y la naturaleza del ser tras la muerte, pero la evaluación psicológica de estos elementos nos llevaría muy lejos. Conversando con mi colega el doctor Rickman, de Londres, respecto a estos sorprendentes fenómenos, me preguntó si tenía medicamentos al alcance de la mano para intervenir en caso necesario y salvar la vida del paciente. Pude darle una respuesta afirmativa, aunque no he tenido que usarlos nunca hasta ahora. Con palabras suaves y llenas de tacto, reforzadas mediante una presión estimulante de la mano, y cuando ésta sea insuficiente, con una caricia amistosa en la cabeza, se reduce la reacción a un nivel en que el paciente se torna nuevamente accesible. El paciente nos relata entonces las acciones y reacciones inadecuadas de los adultos, frente a sus manifestaciones en ocasión de los choques traumáticos infantiles, en oposición a nuestra manera de actuar. Lo peor es la desatención, el afirmar que no ha pasado nada, que no hubo ningún mal en ello, o incluso el ser golpeado o burlado cuando se manifiesta la parálisis traumática del pensamiento o de los movimientos, esto es fundamentalmente lo que hace al traumatismo patógeno. Incluso tengo la impresión de que estos choques graves son superados, sin amnesia ni consecuencias neuróticas, si la madre está presente con toda su comprensión y su ternura y, lo que es más raro, con una total sinceridad.

Me planteo esta objeción: ¿es necesario dormir primero al paciente? y ¿acunarlo en la ilusión de una seguridad ilimitada, para hacerle vivir a continuación un traumatismo mucho más doloroso? Diré en disculpa mía que nunca he provocado intencionadamente este proceso y que se ha desarrollado a consecuencia de mi tentativa, a mi parecer legítima, de reforzar la libertad de asociación; tengo bastante respeto por las reacciones que surgen espontáneamente, las dejo aparecer sin intervenir, pues supongo que manifiestan tendencias a la reproducción que no hay que impedir, sino que debe favorecerse su despliegue antes de tratar de dominada. Dejo que los pedagogos decidan hasta qué punto este tipo de experiencias aparecen también en la educación normal de los niños.

Puedo decir, sin temor, que el comportamiento del paciente, al despertar de este estado de alienación

traumática infantil, es extremadamente sorprendente y altamente significativo. Allí vemos iniciarse formalmente la creación de los lazos de predilección de los síntomas que surgen con ocasión de los choques ulteriores. Una paciente, por ejemplo, presenta en el momento de la convulsión traumática un aflujo de sangre intenso en la cabeza, de manera que su rostro se vuelve totalmente azul; se despierta como si hubiera tenido un sueño, ignora lo que ha ocurrido y no conoce la causa de tal suceso, simplemente siente dolor en su cabeza, un síntoma que es habitual para ella, pero ahora con mucha más intensidad. ¿Nos hallaremos tras la pista de procesos fisiológicos que realizan el desplazamiento histérico de un movimiento emocional puramente psíquico sobre un órgano del cuerpo? Podría citarles fácilmente varios ejemplos análogos, pero bastarán unos pocos. Un paciente, abandonado por su padre y por su madre y hasta podría decirse que por los dioses, expuesto a los más intensos sufrimientos psíquicos y físicos, despierta de un coma traumático con una mano insensible y una palidez cadavérica; por lo demás, dejando de lado la amnesia, está relativamente en calma y casi dispuesto a reemprender el trabajo. No ha sido difícil sorprender, en flagrante delito por así decir, el desplazamiento de todos sus sufrimientos, incluso de la muerte, sobre una sola parte del cuerpo: la mano, de una palidez cadavérica, representaba a toda la persona y el fin de su combate en la insensibilidad y en la muerte inminente. Otro paciente, tras haber reproducido el traumatismo, se puso a cojear: el dedo corazón de uno de sus pies se había vuelto cojo, lo que obligaba al paciente a prestar una atención consciente a cada uno de sus pasos. Dejando de lado la significación sexual del dedo corazón, expresaba con su comportamiento la advertencia que se hacía a sí mismo: ten precaución antes de dar un paso, para que no te suceda de nuevo lo mismo. El paciente, que hablaba inglés, completó mi interpretación de esta manera: «Usted quiere decir posiblemente que yo ilustro simplemente la expresión inglesa: watch your step».

Si hago una pausa e imagino las palabras que mis oyentes tienen en la punta de la lengua, me parece oír por todas partes la siguiente pregunta: ¿Puede llamarse psicoanálisis a lo que ocurre en los análisis infantiles con adultos? En realidad ustedes hablan casi solo de explosiones afectivas, de reproducciones vivas, casi alucinatorias, de escenas traumáticas, de espasmos y de parestesias, que pueden calificarse con seguridad de crisis histéricas. ¿Dónde queda entonces el fino análisis económico, tópico, dinámico, la reconstrucción de la sintomatología, la búsqueda de los empleos variables de la energía del Ego y del Súper-Ego que caracterizan el análisis moderno? En mi exposición me he limitado efectivamente a estimar casi en exclusiva el factor traumático, lo que, por supuesto, no ocurre en mis análisis. Durante meses y a veces años mis análisis se desarrollan al nivel de conflictos entre las energías intrapsíquicas. Con los neuróticos obsesivos, por ejemplo, hace falta a menudo un año o incluso más, para que lo emocional pueda acceder a la palabra; lo que el paciente y yo podemos hacer, utilizando el material aparecido, es buscar a nivel intelectual las causas que han determinado las medidas preventivas, la ambivalencia de la actitud afectiva y de la manera de actuar, los móviles del autocastigo masoquista, etc. Pero, según mi experiencia, ocurre antes o después, más bien después, un hundimiento de la superestructura intelectual y una perforación brutal de la infraestructura que es siempre primitiva e intensamente emocional, y sólo entonces comienza la repetición y la nueva liquidación del conflicto original entre el Ego y el mundo exterior, tal como se ha desarrollado probablemente durante la infancia. No olvidemos que las reacciones del niño ante el desagrado son siempre, al principio, de naturaleza corporal; sólo más tarde el niño aprende a dominar sus movimientos expresivos, que son los modelos de cualquier síntoma histérico. Conviene por tanto dar la razón a los neurólogos cuando afirman que el hombre moderno produce vagamente histerias manifiestas, como las que eran descritas hace algunas decenas de años, cuando se las consideraba bastante extendidas. Parece como si el progreso de la civilización hiciera a las neurosis más civilizadas y más adultas, pero creo que con paciencia y perseverancia pueden también desmantelarse los mecanismos puramente intrapsíquicos, sólidamente contruidos, retornándolos al estadio del traumatismo infantil.

Otra cuestión espinosa que no se tardará en plantear afecta a los resultados terapéuticos. Ustedes comprenden perfectamente que por ahora me guardo muy bien de pronunciarme, de forma decisiva, a este respecto. Pero debo reconocer dos cosas: la esperanza que yo alimentaba de abreviar sustancialmente el análisis, mediante la relajación y la catarsis, no se ha cumplido hasta ahora, y la dificultad del trabajo para el analista se ha visto sustancialmente aumentada. Pero creo que ha resultado muy favorecida, y aún espero que lo sea más, la profundidad de nuestra comprensión del funcionamiento del psiquismo humano, sano o

enfermo, y la esperanza justificada de que el resultado terapéutico, que reposa sobre bases más profundas, en la medida que existe, tiene más posibilidades de mantenerse.

Y ahora, para acabar, una cuestión importante desde el punto de vista práctico. ¿Pueden y deben los análisis didácticos alcanzar también esta capa infantil profunda? Teniendo en cuenta el carácter ilimitado en el tiempo de mis análisis, ello conduce a dificultades prácticas considerables; sin embargo creo que quien tenga la ambición de comprender y de ayudar a otro no debe retroceder ante este gran sacrificio. Incluso quienes son analizados por razones puramente profesionales deben volverse un poco histéricos, o sea un poco enfermos, durante su análisis, y entonces se ve que la formación del carácter debe considerarse como un efecto lejano de importantes traumatismos infantiles. Pero creo que el resultado catártico de esta incursión en la neurosis y en la infancia tiene por último un efecto vigorizante: si es llevada hasta el final no puede perjudicar en ningún caso. De cualquier modo el procedimiento es mucho menos peligroso que las tentativas heroicas de muchos colegas que han estudiado las infecciones y los envenenamientos sobre sus propios cuerpos.

Señoras y señores, si las ideas y los puntos de vista que hoy les he comunicado llegan a ser un día aceptados, habrá que repartir honestamente el mérito entre mis pacientes, mis colegas y yo. Y también, naturalmente, con los analistas infantiles de los que acabo de hablar; me sentiré dichoso si he conseguido sentar las bases de una colaboración más íntima con ellos.

No me extrañaré si esta conferencia, como algunas de las que he publicado en los últimos años, les deja la impresión de una cierta ingenuidad en cuanto a mis puntos de vista. Que alguien, tras veinticinco años de trabajo analítico, comience repentinamente a sorprenderse ante el hecho del traumatismo psíquico, puede parecerles tan extraño como aquel ingeniero conocido mío que, habiéndose jubilado tras cincuenta años de servicio, acudía todos los días a la estación para admirar la partida del tren y exclamar una y otra vez: « ¡Qué maravillosa invención la de la locomotora!» Es posible que haya recuperado esta tendencia, o esta capacidad de considerar ingenuamente lo familiar, a partir de nuestro maestro quien, en una de nuestras conversaciones veraniegas, inolvidables para mí, me sorprendió una mañana con esta frase: «¡Vea, Ferenczi, el sueño es verdaderamente una realización del deseo!», y me contó su último sueño que, efectivamente, era una sorprendente confirmación de su genial teoría de los sueños.

Espero, señoras y señores, que no rechazarán inmediatamente todo lo que acabo de decirles, sino que reservarán su juicio hasta que hayan adquirido experiencia en las mismas condiciones. En cualquier caso les agradezco la amistosa paciencia con la que han escuchado mis consideraciones.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo IV, cap.LXII. “Análisis de los niños con los Adultos”. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1931).

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.