

## SOBRE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA. (post. 2.7).



### Sandor Ferenczi.

Como ya hemos dicho, es imposible aprender a psicoanalizar en los libros. Pero es también imposible practicar un análisis en presencia de un tercero. La sinceridad total, y el despliegue de los sentimientos de vergüenza y odio, exigidos por el psicoanálisis, resultarían muy perjudicados si la cura no se desarrollara en una estricta intimidad entre dos. Por otra parte sería difícil encontrar pacientes que aceptaran prestarse a ello. En consecuencia la técnica del psicoanálisis no puede ser objeto de una demostración; no hay más que una manera de aprenderla -dejando de lado el método autodidáctico, muy insuficiente-, y es el *psicoanálisis por un analista cualificado, del médico, del pedagogo, etc. que desee utilizar este procedimiento, y ello durante un tiempo relativamente largo*. La Asociación Psicoanalítica Internacional por ejemplo, de la que existen grupos locales abundantes, no admite por lo general entre sus miembros activos más que a analistas que puedan justificar tal formación.

La formación psicoanalítica recuerda en muchos aspectos a la que se practica en las corporaciones artesanales. Parece totalmente justificado someter a condiciones rigurosas el derecho a operar con un instrumento tan delicado como el psiquismo humano. Este tipo de formación ofrece la innegable ventaja de actuar en forma que cada cual pueda experimentar en su propia piel la bondad de las teorías enunciadas y la eficacia del método empleado. Las anomalías más o menos importantes que se hallan en el psiquismo de cualquier individuo “sano” proporcionan ampliamente la ocasión de comprobarlo. En consecuencia la salud psíquica del médico que termina así su formación psicoanalítica será más sólida que antes. Esta aproximación a la realidad es indispensable para el médico que desea ejercer el psicoanálisis. Esta profesión, además de la competencia y de las disposiciones personales necesarias, requiere también un equilibrio anímico que no es necesario en las demás especialidades médicas. El médico tiene como tarea evaluar, es decir recibir con ecuanimidad, todas las manifestaciones afectivas del paciente, ya sea su contenido indiferente, penoso, o agradable para él. Por lo demás debe evitar el error de entregarse a los excesos emocionales a los que muchos pacientes parecen dispuestos, lo mismo que a ofenderse si el enfermo, al ser invitado a comunicar todos sus pensamientos, aprovecha la ocasión para poner el dedo en la llaga de las debilidades reales o supuestas de su médico. Pero no basta con un simple entrenamiento para conseguir este equilibrio; no puede resultar de otra cosa que del conocimiento y del dominio de los impulsos primitivos que se ocultan en el inconsciente del médico, es decir de un psicoanálisis personal de éste.

En consecuencia, lo que puedo decirles en este breve resumen de la técnica psicoanalítica se refiere esencialmente a los aspectos formales del método; puedo completarlo con la enumeración de los principios esenciales que guían al médico psicoanalista en su trabajo.

Tras haber efectuado los exámenes físicos de rutina y establecido la existencia de una psiconeurosis susceptible de reaccionar favorablemente a un psicoanálisis, el médico propone a su enfermo tumbarse confortablemente mientras él se sitúa de forma que no estorbe ni inflencie con su mirada el curso de las asociaciones del paciente. Luego le invita a *formular sin dudas ni silencios todo lo que le viene a la mente durante la sesión de análisis, incluso hasta los pensamientos fugaces*. El paciente debe abstenerse de ordenar sus palabras, tanto sobre el plano del contenido como sobre el de la forma y no debe preocuparse en absoluto de sus coherencias (por ejemplo favorecer las representaciones relativas a la enfermedad), ni descartar una idea o una expresión porque resultaría desagradable para él o para el médico. Dicho de otro modo, debe comunicar cualquier sentimiento, cualquier sensación, cualquier pensamiento o situación de

ánimo, cualquier recuerdo, tendencia, deseo, palabra o grupo de palabras sensatos o no, que le vengan a la mente durante la sesión de análisis.

El médico debe abstenerse de tomar notas durante la sesión porque su atención quedaría mermada; más bien debe esforzarse en mantener constantemente una “atención flotante” y abandonarse en las orientaciones que señale el pensamiento del paciente. A veces sentirá la necesidad de pedir explicaciones al paciente, sobre tal o cual detalle del material expuesto, o de atraer su atención sobre algunas correlaciones que le hubieran podido escapar. Entonces sucede que antiguos recuerdos reciben una luz totalmente nueva, es decir que el material latente de sus recuerdos se hace consciente. Esta manera poco habitual de asociar las ideas, diametralmente opuesta a la tendencia orientada que es la normal en el diálogo y en la comunicación corriente, tiene a menudo como resultado sorprendente que resurjan de golpe imágenes mnésicas muy antiguas, que desde hacía decenios no habían vuelto a la mente del paciente. Esta función de la asociación libre es particularmente importante en la histeria, pues ella llena poco a poco la vida mnésica que se constituye generalmente en torno a grupos de recuerdos patógenos.

El médico analista no tardará en darse cuenta de que este modo de autoobservación y de comunicación de las ideas moviliza una violenta *resistencia* en el enfermo. A pesar de sus primeras intenciones y de sus compromisos, viola sin cesar la regla fundamental de la asociación libre, y cuando a consecuencia de un gran silencio pensamos que algo no ha sido comunicado, se defiende contra toda lógica afirmando que se trataba de un absurdo, de una idea ridícula sin importancia, de un pensamiento tan vergonzoso que “realmente no podía pertenecerle”, o de algo ofensivo o hiriente para el médico o para cualquier otra persona respetable. El médico tiene que recordar entonces a su enfermo con una paciencia infinita el respeto que debe a la regla fundamental; si éste, al final de una larga lucha, acaba comunicando la idea “insignificante” o “absurda” que había callado, así como las ideas vinculadas a ella, se observa a menudo que la objeción lógica o estética servía justamente para detener el progreso de la cura en un punto que parecía aclarar un problema parcial de la neurosis. El psicoanalista debe, pues, constantemente tener en cuenta que *el enfermo que conscientemente desea curar, actúa a menudo inconscientemente contra los esfuerzos terapéuticos*.

Durante la sesión, el médico permanece atento a los movimientos involuntarios del enfermo, a sus lapsos, sus errores eventuales, sus torpezas, sus explosiones afectivas inmotivadas, y trata de hallar cada vez una explicación, pues no ignora que los contenidos psíquicos importantes se manifiestan a menudo a través de pequeños datos de este tipo. Las sensaciones físicas pasajeras, los cambios de humor, e incluso las variaciones más o menos importantes de la salud y del estado general del paciente, retienen su atención: pueden revelar la existencia de representaciones ocultas bajo la forma de “*síntomas transitorios*”. También pide al enfermo que recuerde, si le es posible, los sueños de la noche pasada, así como sus ensoñaciones diurnas, y que trate de hablar de ellas durante la sesión de análisis. (Por el contrario, no debe invitársele a tomar notas por escrito). *Muchos psicoanálisis no son en realidad más que una sucesión de análisis de sueños*. Como hemos dicho, el sueño saca su sentido de las capas más profundas de la vida psíquica y su estudio puede acercarnos al núcleo de la neurosis.

Las sesiones sucesivas se desarrollan de esta forma aparentemente monótona; el hilo se rompe bruscamente para continuar en un punto totalmente inesperado, y puede ser que al cabo de varios días o de semanas se posibilite una profunda comprensión del problema, mediante un gran rodeo. Es importante que el médico evite imponer sus propias soluciones. Debe esperar pacientemente que los problemas se resuelvan por *sí mismos*, a medida que aparezca el material mnésico.

Quienes creen, basándose en un conocimiento superficial del viejo método catártico de Breuer y Freud, que el método psicoanalítico es esencialmente un trabajo intelectual, o el despertar progresivo y la reactivación de los recuerdos rechazados, están equivocados. Aunque el enfermo observe con la mejor voluntad la regla fundamental, el trabajo analítico tranquilo -es decir llenar las lagunas de la memoria, explicar los síntomas transitorios, e interpretar los sueños- sólo se desarrolla sin dificultades durante cierto tiempo. Pronto o tarde, en cuanto aparecen los *signos de una transferencia positiva o negativa sobre el médico*, hallamos obstáculos más importantes. Entonces el trabajo se desvía durante algunas sesiones; “no se me ocurre nada” dice el paciente; si lo incitamos a comunicarnos todos sus pensamientos, se limita

a enumerar uno a uno los objetos circundantes. Estos fenómenos indican que lo que permite al enfermo mostrar y ocultar las vivencias importantes que se disimulan en su inconsciente no es el despertar de las representaciones mnésicas sino la *reposición actual de una situación antigua*. Pues, como hemos repetido a menudo, el inconsciente no conoce las categorías lógicas que vinculan el afecto a un objeto determinado, es decir a una persona determinada. Bastan imperceptibles parecidos para que el médico se halle ocupando el lugar de un importante personaje del pasado. De este modo el médico puede ser objeto de respeto, de amor perdido, o del odio implacable que el paciente experimentó antes por una persona de su entorno, pero cuya percepción escapa a su conciencia debido precisamente a la calidad inconsciente de estos afectos.

Si constituyen un deterioro para el trabajo analítico, el médico no debe dudar en someter a una discusión profunda los movimientos emocionales del enfermo que le afectan. Sin embargo, el enfermo recurre con gusto a estas “repeticiones” del pasado para reforzar su resistencia al análisis; si el médico no reconoce de lo que se trata, existe peligro inminente de interrupción. Pues el enfermo no se deja convencer fácilmente por la teoría de la “transferencia de afectos” que le presenta el médico; sostiene obstinadamente que su entusiasmo o su hostilidad hacia él se justifican objetivamente. Dicho de otro modo, olvidando que son enfermos que han venido a nosotros porque desean curar, tratan de desplazar el combate a otro terreno e insisten sobre el atractivo o la repulsión que sienten respecto a nosotros. Incluso durante estas difíciles sesiones, el médico nunca debe perder su calma y su paciencia; si se muestra suficientemente perseverante, el enfermo acabará por abandonar cansado este modo de resistencia y comenzará de nuevo a proporcionar material interpretable; tal proceso permitirá demostrar la realidad de la transferencia y aclarar algunos sucesos importantes del pasado.

El médico debe preocuparse siempre de evitar que los efectos de la sugestión se mezclen con la técnica analítica. Por el contrario, suele ser frecuente que la transferencia de la que acabamos de hablar, y que en los casos citados anteriormente refuerzan la resistencia, se convierta para el analista en un aliado cuando se presenta en forma más atenuada. La relación que se desarrolla entre el médico y el enfermo debe ser la misma que se establece entre un buen pedagogo y su discípulo; dicho de otro modo, el paciente debe estar lo suficientemente bien dispuesto respecto al médico para poder comprender mejor sus teorías y aceptarlas. Pero del mismo modo que el buen pedagogo no destruye el sentido crítico de su alumno con el peso de su autoridad, el buen psicoanalista se esfuerza también por llevar la disposición afectiva del paciente a una situación óptima: en otros términos, no es necesario que la sugestión ocupe mejor lugar en el psicoanálisis que el de la enseñanza de una disciplina biológica, por ejemplo.

El fin de la cura puede plantear al médico un problema. El paciente tiende a prolongar la cura para mantener durante más tiempo una relación que se ha hecho agradable. Estas tendencias pueden vencerse aclarándolas a los ojos del enfermo e imponiéndoles luego -además de la regla de la asociación libre-, un cierto número de “tareas”: buscar voluntariamente las situaciones penosas, abandonar los malos hábitos a los que se habían acostumbrado, etc. Como era previsible, tales medidas provocan una cierta agravación de la neurosis, pero permiten que surja un material aún oculto y posibilitan la obtención de repuestas a cuestiones que habían quedado en suspenso. Podría considerarse, pues, la cura psicoanalítica como un método de reeducación de la personalidad que se distingue de la hipnosis y de la sugestión, que pretenden efectos de una rapidez milagrosa. Son precisos meses, y a veces un año o más, para modificar radicalmente una neurosis o un carácter patológico bien arraigado. Los únicos procesos que podrían comparársele en medicina son los ortopédicos, pero éstos exigen mucho menos esfuerzo, paciencia y sacrificios -tanto al enfermo como al médico- que el psicoanálisis; sin olvidar que la ortopedia trata problemas mecánicos mucho más simples que los que el médico halla en el tratamiento de las “anomalías psíquicas”.

Existe otro dato importante desde el punto de vista de la práctica médica: la técnica analítica clásica pide al médico que *consagre todos los días una hora entera a cada uno de sus pacientes*. De ello se deriva que el número de enfermos que el médico puede tratar cada año con el método psicoanalítico es muy limitado. Esperemos que el remedio venga a través del crecimiento del número de psicoanalistas.

En algunas ciudades extranjeras, fundaciones caritativas han establecido policlínicas psicoanalíticas que permiten a los sujetos de clases sociales más bajas beneficiarse de este método terapéutico. También entre

nosotros se ha encontrado un filántropo deseoso de ponerse al servicio de esta causa, pero la incomprensión de las autoridades responsables ha hecho fracasar sus esfuerzos.<sup>1</sup>

**(Sandor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo IV, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).**

*Volver a Selecciones Ferenczianas*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).

---

1.- Desde 1931 funciona en Budapest una policlínica bajo la dirección de la Asociación Psicoanalítica (nota del editor).