

CUERPO, AFECTO Y CLÍNICA EN LA OBRA DE SÁNDOR FERENCZI.

Davidson Braga Santos

RESUMEN:

Sándor Ferenczi inicia su actuación en el psicoanálisis inspirado por el trabajo realizado por Sigmund Freud. Por esta razón, el enfoque que hace sobre el cuerpo en su obra es muy similar al cuerpo freudiano. Sin embargo, al desarrollar su experiencia clínica, Ferenczi se abre a nuevas concepciones acerca del cuerpo y, sobre todo, de su participación en los fenómenos psíquicos. En esa trayectoria, se encontrará también, de un modo muy singular, con la importancia de los afectos y de la relación paciente-analista. Su postura e interés clínico nos llevan a considerar la actividad (psíquica y corporal) y el afecto como características centrales de su clínica. El texto que sigue es el resultado de una investigación bibliográfica sobre textos de Sándor Ferenczi desarrollada como parte de la investigación *Cuerpo, Afecto y Subjetividad en la Clínica* y en la Filosofía inscrita en el Programa de Iniciación Científica (PIBIC) de la PUC-Rio y del CNPq bajo orientación del Profesor Carlos Augusto Peixoto Junior.

PALABRAS CLAVE: psicoanálisis, cuerpo, afectividad, clínica.

INTRODUCCION:

Hacer una lectura de los textos de Sándor Ferenczi es adentrarse en un abordaje psicoanalítico que sorprende a cada línea. Desde temprano en su obra, aparece el tema de la sexualidad, así como la participación del cuerpo en la constitución psíquica. Si, al estudiar el cuerpo pulsional en la obra de Sigmund Freud, nos admiramos con la importancia que la sexualidad ocupa en la constitución del sujeto y en la práctica clínica analítica, mucho más tenemos que descubrir sobre sexualidad y afectividad con Ferenczi.

Comencé mis estudios sobre Ferenczi con la lectura del *Diario Clínico*. Pocas páginas fueron suficientes para darme cuenta de que no era el mejor comienzo. Algunos temas que aparecían en el texto necesitaban ser esclarecidos. En el primer relato (7 de enero de 1932), cuando reflexiona de modo muy interesante sobre la “insensibilidad del analista”, el autor nos hace pensar acerca de esa postura y de como un posible efecto sería que el paciente “retroyecte”, o sea, introyecte la censura contra el analista. La dificultad en entender la introyección y otros temas centrales en la teoría ferencziana hacia dificultosa la tarea de proseguir con la lectura del *Diario Clínico*. Por esta razón, tome una nueva estrategia de comenzar con los primeros textos en orden cronológico. El resultado de este trabajo es, por lo tanto, un análisis teórico iniciado sistemáticamente a partir de los primeros escritos (hasta 1920) de Sándor Ferenczi y luego bosquejos de las principales ideas del desarrollo de la práctica clínica de ese autor, con énfasis en el papel atribuido al cuerpo y al afecto.

El encuentro con el Psicoanálisis.

El primer artículo de las obras completas de Ferenczi (“*Del Alcance de la Eyaculación Precoz*” - 1908) es un texto corto y práctico que, aunque sin muchas consideraciones teóricas, presenta algunos presupuestos de la incipiente teoría psicoanalítica tales se aprecian en los fragmentos destacados:

“Los estados de miedo, de ansiedad o de angustia son siempre provocados por la insatisfacción sexual, o por la satisfacción incompleta o imperfecta” (Ferenczi, 1908/2011, p.1) “los impulsos libidinosos

del organismo, despertados y no satisfechos, no se resuelven por fuerza de los decretos morales; frente a la falla de ser saciado, el deseo sexual encuentra su salida en síntomas patológicos “(Ferenczi, 1908/2011, p. 2).

Ferenczi utiliza estas consideraciones para tratar de entender la participación de la eyaculación precoz en el desarrollo de la neurosis de angustia para algunas mujeres. Según él, “el sexo masculino presenta, con relación al sexo femenino, una eyaculación precoz relativa”. Él entiende que la eyaculación precoz del hombre es el resultado de su precoz iniciación en la práctica sexual con relación a las mujeres:

“La mayoría de los hombres se casan después de un número mayor o menor (generalmente bastante grande) de aventuras sexuales y la experiencia muestra que, en ese dominio, el hábito no acarrea una elevación del umbral de excitación, sino que, por el contrario, propicia una aceleración de la eyaculación. “(Ferenczi, 1908/2011, p. 3)

El Ferenczi que conocemos a través de este texto es un hombre preocupado por el orden social y la salud del ser humano. Él creía que la solución para la incompatibilidad en el tiempo de satisfacción sexual entre hombre y mujer sería la emancipación sexual de las mujeres, algo que ellas sólo irían a lograr sesenta años más tarde. Pareciera que estuviéramos ante alguien que se colocaba del lado de las reivindicaciones femeninas en un momento en que eso era inusual, incluso entre los psicoanalistas:

“Estamos acostumbrados, desde hace mucho tiempo a admitir que sólo los hombres tienen derecho a la libido sexual y a su orgasmo; se establece e impone a las mujeres un ideal femenino que excluye la posibilidad de expresar y de reconocer abiertamente los deseos sexuales, y sólo se tolera la aceptación pasiva, como ideal que clasifica las tendencias libidinosas, y por muy poco que ellas se manifiesten en la mujer, en las categorías de patológica y viciosa”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 2)

Y más aún:

“Debe existir una solución para administrar mejor el interés sexual de la mujer, sin que se sacrifique el orden social fundamentado en la familia. El movimiento de iniciación sexual de las mujeres antes del matrimonio constituye un tímido comienzo en ese sentido”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 4)

El tema de la sexualidad, como se aprecia, aparece desde muy temprano en la obra psicoanalítica de Sandor Ferenczi. Si, al estudiar el cuerpo pulsional en la obra de Sigmund Freud, nos sorprendimos con la importancia que la sexualidad ocupa en la constitución del sujeto y en la práctica clínica analítica, mucho más tenemos que descubrir sobre sexualidad y afectividad con Ferenczi. El segundo texto a que dediqué mi atención (“Las Neurosis a la Luz de la Enseñanza de Freud y del Psicoanálisis”; 1908) constituye una relectura de los primeros textos psicoanalíticos de Freud que he estudiado en otra investigación¹. Según el autor húngaro, esa conferencia tenía por objetivo “elucidar algunos puntos esenciales de esa teoría compleja e ilustrar su alcance mediante ejemplos clínicos”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 6).

La primera parte del texto es una descripción de las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia), mostrando cuánto el elemento sexual es fundamental en la etiología de esas enfermedades. Citando a Freud, Ferenczi muestra cómo la neurastenia tiene su origen en la práctica de la masturbación excesiva y que la “neurosis de angustia se presenta cuando la energía sexual, la libido, es desviada de la esfera psíquica, propagando la tensión sexual exclusivamente por vía bulbar y subcortical” (Ferenczi, 1908/2011, p. 8). Se trata, pues, de una muestra de cómo los síntomas pueden ser interpretados como fruto de una pulsión sexual que no tuvo su descarga normal:

“Uno de los más notables descubrimientos de Freud consiste en que ese clivaje entre el psiquismo y la libido se manifiesta subjetivamente por la angustia, es decir, una excitación que no puede manifestarse en el plano psíquico que provoca en el organismo efectos fisiológicos acompañados de una sensación de angustia, de ansiedad”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 9)

La segunda parte del texto está dedicada a las psiconeurosis (histeria y neurosis obsesiva). En esa parte, Ferenczi señala las contribuciones que Jung dio al tratamiento de esas enfermedades a través de la técnica analítica, por ejemplo, la técnica de la asociación libre. Dado que el trabajo analítico en su inicio estaba dedicado sobre todo al tratamiento de las psiconeurosis, se justifica la forma en que el autor describe esta técnica, mostrando cómo aparece el conflicto y la manera de lidiar con él:

“La psiconeurosis no es más que una forma de compromiso. La conciencia del histérico logra alejar el grupo de representaciones sexuales afectivamente investidas, pero éste encuentra un modo de expresarse por la vía simbólica -la de las asociaciones- convertido en síntomas orgánicos” (Ferenczi, 1908/2011, p. 15)

Luego, continúa con una serie de casos clínicos que ayudan a ilustrar la teoría freudiana que Ferenczi está describiendo. Caminando, aproximadamente, tras los mismos pasos de Freud, Ferenczi reconoce que todos los casos de histeria están fundados en los recuerdos reprimidos de acontecimientos sexuales de la infancia o en fantasías relacionadas con esos acontecimientos: “el tratamiento analítico tiene esencialmente por objetivo entregar a su destino primordial las energías que se desvía hacia vías anormales y se desperdicia en la producción y el mantenimiento de los síntomas mórbidos” (Ferenczi, 1908/2011, p. 19). El autor reconoce el valor del método analítico y de algunos fracasos debidos a la pérdida de paciencia o uso indebido del método: “todavía no he encontrado un fracaso que pudiera atribuirse al método”.

Al final del texto, Ferenczi menciona algo que será más tarde su punto de partida para presentar la relación entre introyección y transferencia: “yo mismo, pude convencerme, según el camino trazado por Freud, de que el mecanismo de la paranoia consiste en una proyección sobre el otro o, de un modo más general, sobre el mundo externo, de complejos destinados a la represión”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 23)

La defensa del método freudiano es continuada por Ferenczi en otro texto también de 1908: *“Interpretación y Tratamiento Psicoanalítico de la Impotencia Sexual”*. En las primeras páginas, describe algunos casos de pacientes con impotencia sexual que presentaban también otros síntomas llevándolos a asociar esa perturbación a formaciones obsesivas. Una particularidad de estas descripciones es el caso de un hombre que, además de la impotencia, presentaba una inhibición para la micción. El gran pudor que se manifestaba en el paciente mismo con relación a otros hombres hizo que el autor concluyese que el componente homosexual presente en el paciente fuera superior a la media. A partir de ahí, curiosamente, Ferenczi dice que la observación psicoanalítica viene a confirmar la teoría de la bisexualidad, “a saber, que la estructura primitivamente bisexual del hombre no deja sólo vestigios anatómicos sino también rasgos psicosexuales que, bajo el efecto de circunstancias exteriores favorecedoras, se convierten en dominantes”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 30).

Para explicar el éxito terapéutico que logra con ese paciente, Ferenczi recurre a la teoría freudiana descrita en “Tres Ensayos sobre la Sexualidad”. Nos recuerda cómo las primeras impresiones sexuales que el niño recibe determinan la elección posterior del objeto sexual y añade que, como consecuencia de factores constitucionales o circunstancias exteriores, puede haber una fijación del objeto. Reafirma, así, la teoría del trauma en dos tiempos descrita por Freud en el primero de los tres ensayos. Por último, concluye que “la impotencia sexual resulta de una fijación incestuosa”. Esta fijación no implica necesaria y exclusivamente a los padres, sino también a otras personas que hayan pertenecido, de un modo u otro, a la categoría de personas respetables para el niño.

Aunque Ferenczi reconozca que algunos casos de impotencia se deban a otros factores que no los complejos inconscientes, él cita una vez más a Freud para recordar que, incluso en esas situaciones, no

se debe despreciar el valor de las influencias afectivas sufridas en la infancia como un gatillante de la enfermedad en los casos en que hay patogenia. “Así, el efecto excepcionalmente intenso, patológico, del agente patógeno es debido al afecto ligado a esos complejos y desplazado hacia la reacción actual”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 35). Con ello, concluye el texto subrayando que:

“Todas estas observaciones e interpretaciones sólo son válidas en los casos de impotencia de origen exclusivamente psicogénico, y no en los casos de incapacidad fisiológica u orgánica; sin embargo, la asociación de estados mórbidos orgánicos y funcionales es, repetimos una vez más, un fenómeno frecuente “. (Ferenczi, 1908/2011, p. 38).

Al percibir la importancia de la sexualidad infantil y del modo en que los educadores, sobre todo los padres, se ocupan de ello, Ferenczi se vio impelido a interesarse por la pedagogía. Para él, “una educación defectuosa era no sólo el origen de defectos de carácter sino también de enfermedades”. Tal preocupación lo llevó a tratar el tema en una conferencia en el Congreso de Psicoanalistas en Salzburgo en 1908 (“Psicoanálisis y Pedagogía”). En esa conferencia, se muestra convencido de que “muchos sufrimientos psíquicos inútiles pueden atribuirse a principios educativos inapropiados”. (Ferenczi, 1908/2011, p. 39).

En esta visión, la relación establecida entre el funcionamiento psíquico y la pedagogía era un reforzador de los conflictos y las neurosis. Entendiendo que, desde el bebé, el funcionamiento psíquico se regulaba por lo que el psicoanálisis llama el “principio del displacer”, es decir, la tendencia a evitar el dolor, el observa que la pedagogía de su época era contraria a este principio, obligando al niño a mentir sobre ello. De ese modo,

“la educación moral edificada sobre la represión produce en todo hombre sano un cierto grado de neurosis y origina las condiciones sociales en vigor, en las que palabras como orden, patriotismo encubren, de manera muy evidente, intereses egoístas, en los cuales, bajo la bandera de la felicidad social de la humanidad, se propaga el aplastamiento tiránico de la voluntad individual “. (Ferenczi, 1908/2011, p. 43)

Una lectura superficial y descuidada de esa cita, podría llevarnos a creer que toda la pedagogía y la moral fueran un mal por evitar a toda costa. Sin embargo, el propio autor llama la atención sobre la posibilidad de que los instintos egoístas liberados de sus cadenas vengán a destruir la obra milenaria la civilización humana.

“El análisis psicológico no resulta, por tanto, en un reinado desenfrenado de los instintos egoístas, inconscientes y eventualmente incompatibles con los intereses del individuo, sino en la ruptura con los preconceptos que entran el autoconocimiento, la comprensión de los motivos hasta entonces inconscientes y la posibilidad de un control de los impulsos que se vuelven conscientes. (Ferenczi, 1908/2011, pp. 43-44).

En base a los textos de Ferenczi hasta aquí revisados, percibimos que, al mismo tiempo que se proponía a una difusión del psicoanálisis elaborada por Freud, presentaba también contribuciones nuevas y fundamentales para la reflexión de la incipiente técnica. Avanzando en esa lectura, vamos a encontrarnos con “Transferencia e introyección”, texto que fue de gran importancia para que Freud llegara a la noción del narcisismo. En ese texto, citando al padre del psicoanálisis, Ferenczi afirma que:

“Las principales dificultades del análisis provienen precisamente de esa particularidad de los neuróticos, la de transferir sus sentimientos reforzados por afectos inconscientes hacia la persona del médico, que se sustrae así al conocimiento de su propio inconsciente. (Ferenczi, 1909/2011, p. 87).

Esta afirmación nos lleva una vez más a reflexionar acerca de la fuerza del afecto en el psicoanálisis. Sin embargo, no exactamente a los modos freudianos de lidiar con el afecto. Sin querer cuestionar la importancia y claridad con que Freud trabaja ese tema en su teoría, destacaremos que incluso la comprensión de Freud acerca de los afectos se hace más clara a partir del momento en que entra en contacto con Ferenczi. Las razones por las que esto sucede pueden ser muy diversas, pero ciertamente tienen relación con el texto “Transferencia e introyección”. Vamos a él, por lo tanto.

Primeras contribuciones a la técnica psicoanalítica

Las primeras páginas de “Transferencia e introyección” se dedican a la comprensión del fenómeno transferencial. Como ya se ha señalado, Ferenczi recurre muchas veces a Freud para describir ese “mecanismo psíquico característico de la neurosis en general, que se manifiesta en todas las circunstancias de la vida y abarca la mayor parte de las manifestaciones mórbidas”. (Ferenczi, 1909/2011, p. 88). Nuestra atención puede detenerse, en ese momento en el hecho de que la transferencia se manifiesta en todas las circunstancias de la vida. Esta afirmación nos indica que el fenómeno transferencial no es exclusividad de la clínica psicoanalítica. Casi la totalidad de nuestras relaciones en la vida adulta son “actualizaciones” de experiencias vividas anteriormente. De la misma manera, las personas con quienes no relacionamos, acaban por ser colocadas en lugares ya conocidos en nuestra infancia, sobre todo en lugar de las figuras paterna y materna.

Si esto es así, podemos pensar, como Ferenczi, que esas transferencias resultan en un desperdicio aparente de afecto. Las fantasías inconscientes “ligan acontecimientos y personas del momento a acontecimientos psíquicos desde hace mucho tiempo olvidados, provocando así el desplazamiento de la energía afectiva de los complejos de representaciones inconscientes hacia las ideas actuales, exagerando su intensidad afectiva”. (Ferenczi, 1909/2011, p. 88). Pero este “desperdicio” puede ser utilizado en favor del paciente en análisis. Al establecer una transferencia con el médico, el paciente permite que sus afectos, hasta entonces reprimidos, despierten progresivamente en la conciencia. Con eso, “la persona del médico actúa allí como un catalizador que atrae provisionalmente los afectos liberados para su descomposición”. (Ferenczi, 1909/2011 p. 90)

Ocupando ese lugar transferencial, el analista debe luego reconocer la transferencia de las emociones positivas y negativas. Esto es fundamental para el análisis, pues es a través de ellas que se alcanzarán buenos resultados. En el psicoanálisis que Ferenczi presenta, “todos los neuróticos se refugian en la enfermedad para escapar de un placer que se ha convertido en displacer”. Esto se debe a una retirada libidinal de un complejo de representaciones que se ha vuelto incompatible con la conciencia. De tal forma, el paciente puede convertir en síntoma orgánico una parte de la “cantidad de excitación” (histeria) o trasladarla hacia una idea de carácter compulsivo (neurosis obsesiva). Siendo que esta conversión nunca es perfecta, parte de la excitación procura neutralizarse en objetos del mundo externo. A través de esa cantidad de excitación residual la transferencia podía manifestarse. Entender el funcionamiento de esta transferencia podía, por lo tanto, llevar a la raíz del síntoma.

Habiendo explicado el funcionamiento de la transferencia e intentando presentar de la mejor forma el carácter fundamental del funcionamiento neurótico, Ferenczi buscó comparar el comportamiento de los neuróticos con los dementes precoces y paranoicos. Citando a Abraham y Jung, él afirma que el demente retira totalmente su interés del mundo externo, haciéndose infantil y autoerótico. Por su parte, el paranoico intenta hacer lo mismo sin conseguirlo completamente. No consiguiendo retirar su interés del mundo externo, el paranoico rechaza de su propio yo y, según Freud, proyecta en el mundo externo esos deseos y tendencias. De tal modo, en vez de reconocer que ama o que odia, él cree que todo el mundo desarrolla esos sentimientos con relación a él. De estas observaciones surge la innovación de Ferenczi. “El neurótico busca incluir en su esfera de intereses una parte tan grande como sea posible del mundo externo, para hacerle objeto de fantasías conscientes e inconscientes”, afirmando que el funcionamiento del neurótico sería diametralmente opuesto al paranoico. A ese proceso del funcionamiento neurótico, inverso de la proyección, él da el nombre de introyección:

“El neurótico está en perpetua búsqueda de objetos de identificación, de transferencia; eso significa que atrae todo lo que puede para su esfera de intereses, ‘introyecta’. El paranoico se entrega a una búsqueda de objetos análoga, pero es para ‘pegar’ en ellos -como se dice común- la libido que lo incomoda (...). El Yo del neurótico es patológicamente dilatado, mientras que el paranoico sufre, por así decir, una contracción del Yo” (Ferenczi, 1909/2011, p. 95).²

Lo curioso de todo esto es que, siguiendo la misma lógica de Freud, Ferenczi indica que el funcionamiento neurótico o paranoico son sólo exageraciones de procesos mentales del hombre “normal”. Es importante recordar que esa continuidad entre lo normal y lo patológico, ampliamente discutida por Freud en “Tres Ensayos sobre la Sexualidad” y otros textos subsiguientes, es una novedad en la época y uno de los temas centrales en la técnica psicoanalítica.

El proceso de proyección puede ser entendido a partir de la concepción de que todo ser humano, al nacer, experimenta todas las cosas de manera monista (estímulo externo = proceso psíquico). Con el tiempo, el monismo se convierte en dualismo y el niño se da cuenta de que algunas cosas son inaccesibles a la introspección. Al excluir objetos de su masa de percepción, oponiéndoles al Yo, el niño realiza la “proyección primitiva”. Habiendo conocido ese mecanismo, más tarde, al encontrarse con afectos desagradables, el paranoico repite esa proyección, transformando afectos subjetivos en sensaciones objetivas.

La introyección, a su vez, se explica porque parte del mundo externo no se deja expulsar del yo, imponiéndose para ser amada u odiada. El yo cede a este llamamiento, reabsorbe parte del mundo externo y la incluye en su esfera de interés dando origen a la “introyección primitiva”. En las palabras de Ferenczi: “el primer amor, el primer odio, se realiza gracias a la transferencia: una parte de las sensaciones de placer o de displacer, autoeróticas en el origen, se desplaza hacia los objetos que la suscitaban”. (Ferenczi, 1909/2011, p. 96).

En la óptica de quien investiga el papel del afecto y del cuerpo en la constitución de la subjetividad, tal vez éste sea el párrafo más importante de ese texto, quizá de la obra de Ferenczi. Aquí, el autor trae una contribución singular para entender cómo se constituyen las relaciones de afecto entre los seres humanos. En principio, podemos recordar el texto “Sobre el Narcisismo: una introducción”, de 1914, en que Freud nos habla sobre las posibilidades del amor: narcisista y anaclítico. Podemos suponer que los conocimientos que Ferenczi nos trae están en la base de la definición que Freud da para el amor anaclítico:

“Al principio, el niño sólo le gusta la saciedad, porque ella aplaca el hambre que la tortura -después acaba disfrutando también de la madre, ese objeto que le proporciona la saciedad. El primer amor objetual, el primer odio objetual, constituye, por lo tanto, la raíz, el modelo de toda transferencia posterior, que no es, por consiguiente, una característica de la neurosis, sino la exageración de un proceso mental normal. (Ferenczi, 1909/2011, p. 96).

Partiendo del principio de que la saciedad a la que se refiere Ferenczi remite a las necesidades alimentarias, nos encontramos con un plato lleno para una vez más discutir acerca de la tenue línea entre el cuerpo físico y el cuerpo pulsional del psicoanálisis. Nos encontramos en un lugar privilegiado en este momento: los primeros pasos en la subjetivación del individuo y la posibilidad de las primeras experiencias de amor y odio sostenidas sobre necesidades fisiológicas. A partir de este punto, el texto en análisis, el afecto se convierte en el tema central. No podríamos, sin embargo, pasar de este tema sin acentuar el origen de las pulsiones: el soma. Pero ¿sería el cuerpo igual al soma? La teoría que estamos estudiando nos recuerda que el cuerpo va más allá. Nos interesa esencialmente lo que pasa en lo psíquico y cómo lo que ahí ocurre tiene origen y efectos en el soma. ¿Sería entonces, el cuerpo aquello que se constituye entre lo somático y lo psíquico? Ello, para Freud, sería la pulsión. Y si el cuerpo freudiano es un cuerpo pulsional, el cuerpo sería algo entre lo somático y lo psíquico. Pero, ¿en cuanto al cuerpo ferenciano? ¿Sería él, idéntico al cuerpo freudiano? ¿Cómo comprender el cuerpo bajo la óptica de Sándor Ferenczi? Si es el afecto lo que se vuelve el tema central a partir de ese momento, acompañemos un poco más el recorrido de este autor para ver hasta qué experiencia de cuerpo nos conduce.

Ferenczi continúa en la esfera de lo que el psicoanálisis difundido por Freud tenía como punto de investigación fundamental hasta entonces: el modo como se dan los procesos de desplazamiento de los afectos cuando las pulsiones son reprimidas. Él nos señala que tanto el neurótico como el individuo normal recorren el mismo camino al intentar atenuar sus afectos flotantes: la introyección, “cuando esparce sus emociones por todo tipo de objetos que poco le interesan, para dejar inconsciente sus emociones vinculadas a ciertos objetos que le interesan demasiado”. (Ferenczi, 1909, p. 97). A través de la técnica psicoanalítica, se vuelve posible restablecer la cronología de esa ampliación de la esfera de los intereses negativos o positivos. De tal forma, las introyecciones que son reprimidas por los neuróticos y liberadas en fantasías inconscientes, pueden ser reveladas al analista en formas de transferencia positiva o negativa. Para el éxito de un análisis, “sólo los afectos positivos en relación con el médico tienen el derecho de expresarse, porque los pacientes evitan el tratamiento con un médico antipático”. (Ferenczi, 1909/2011, p.100). Por lo tanto, desenmascarar lo más rápidamente posible las relaciones ficticias que el paciente desarrolla para con el analista a través de sus transferencias es un modo de disolver ese mecanismo y “liberar” al paciente de esa introyección.

Concluye entonces el autor, que la transferencia es el pilar de la terapia. El diferencial en análisis es que si en algunos métodos de tratamiento el médico refuerza o cultiva la transferencia, el analista “desenmascara lo más rápidamente posible esas relaciones ficticias, reconduciéndolas a su verdadera fuente, lo que acarrea su disolución” (Ferenczi, 1909/2011, p. 102).³

La segunda parte de “Transferencia e introyección” está dedicada al papel que la transferencia desarrolla en la hipnosis y sugestión: “la posibilidad de ser hipnotizado o sugestionado depende (...) de la capacidad del médium de adoptar, con relación al hipnotizador, una posición sexual”. (Ferenczi, 1909/2011, p.107). Para demostrarlo, Ferenczi compara el trabajo de Freud al que fue desarrollado por Charcot y Bernheim, afirmando que:

“Es en el inconsciente, en la acepción freudiana, que se acumulan todos los instintos reprimidos en el curso del desarrollo cultural individual, y que sus afectos insatisfechos y ávidos de excitación se encuentran siempre en la expectativa de una ‘transferencia’ para personas y objetos del mundo externo, a fin de ‘introyectarlos’”. (Ferenczi, 1909/2011, p. 104).

En la época en que Ferenczi escribe este texto, el psicoanálisis postulaba que las psiconeurosis nacen, en general, del conflicto entre las influencias parentales que se volvieron inconscientes y los esfuerzos de independencia. A través del mecanismo de la transferencia, ese conflicto puede resurgir, en el contexto de un análisis, en la forma de resistencia que bloquea el avance del trabajo analítico. La progresión del trabajo depende entonces de la capacidad del analista de auxiliar al analizando en la concientización de que está transfiriendo. Esta concepción lleva a la idea de que los sentimientos del sujeto adulto (amor, odio, repulsa, miedo, etc.) son reediciones de movimientos afectivos que surgieron en la primera infancia y que fueron reprimidos en el inconsciente. Si así sucede, la base de afectividad es el inconsciente:

“por lo tanto, todo lleva a pensar que todo sentimiento de “simpatía” se refiere a una “posición sexual” inconsciente y, cuando dos personas se encuentran, sean ellas del mismo sexo o de sexo opuesto, el inconsciente intentará siempre una transferencia (...). Y si el inconsciente logra que la transferencia sea aceptada por el consciente -abiertamente en forma sexual (erótica) o entonces sublimada, disfrazada (respeto, gratitud, amistad, apreciación estética)- resulta de ahí un sentimiento de simpatía. Si la censura que vigila en el umbral de la conciencia responde negativamente a las tendencias siempre positivas del inconsciente, son posibles todos los grados de antipatía, hasta aversión y repulsa. (Ferenczi, 1909/2011, p. 107)

Notamos, entonces, que dos posiciones transferenciales son posibles: simpatía o antipatía. Estas posiciones dejarán al hipnotizador dos caminos: intimidación o ternura. El primer camino (de la intimidación), en general, está basado en la transferencia de base paterna, mientras que el camino de la ternura sería una repetición de las relaciones entre madre y bebé. Así, la hipnosis, sugestión o transferencia es una situación que reproduce las

vivencias de los primeros años de vida en que la relación con las figuras paterna y materna eran muy intensas. Todo el afecto producido en análisis sería, por lo tanto, una oportunidad para despertar en el paciente recuerdos ligados a ese período, o sea, despertar a la conciencia los afectos que fueron reprimidos en el inconsciente.

Proponiendo esto, Ferenczi formula que “en el fondo de nuestro ser continuamos siendo niños y así permanecemos toda nuestra vida” (Ferenczi, 1909/2011, p. 111) y presenta tres casos clínicos que pueden ilustrar que las relaciones entre analista y el paciente son reproducciones de los conflictos vividos en relación con las figuras parentales. A través de estos casos, nos muestra, por ejemplo, que la obediencia en la hipnosis o en la sugestión son posibles, porque el paciente coloca al analista en el lugar del padre a quien obedecía ciegamente cuando era niño.

La cuestión de la obediencia para el niño introduce la última observación importante a ser destacada de este texto: la transformación de un sentimiento de displacer en placer, que es posible a través de la introducción del amor objetal por los mecanismos de introyección e identificación, como se muestra en el párrafo siguiente:

“Todo considerado, el hecho de que los niños obedezcan a sus padres de buen grado e incluso con placer no es una cosa evidente. Se podría esperar que ellos considerasen las exigencias de sus padres para orientar su comportamiento y actos como una coerción exterior, por lo tanto, una fuente de displacer. En efecto, este es el caso en los primeros años de vida, cuando el niño sólo conoce satisfacciones autoeróticas. Pero la aparición del amor objetal modifica la situación por completo. Los objetos de amor son introyectados: son mentalmente integrados al Yo. El niño ama a sus padres, es decir, se identifica con ellos, sobre todo con el del mismo sexo -el muchacho con el padre, la niña con la madre-, viéndose así en todas las situaciones en que se encuentra aquel de los padres que ha sido objeto de su identificación. En estas condiciones, la obediencia deja de ser un displacer; el muchacho siente incluso satisfacción ante las manifestaciones de la omnipotencia paterna, dado que en sus fantasías se apodera de esa potencia y, por lo tanto, está obedeciendo solamente a sí mismo cuando se dobla a la voluntad paterna “. (Ferenczi, 1909/2011, pp. 114-115).

Hasta el momento, hemos visto que Ferenczi desarrolla estudios de un psicoanálisis a los moldes freudianos, pero con algunas particularidades y contribuciones importantes. Una curiosidad de este estudio es la centralidad que el concepto de introyección va adquiriendo a lo largo de la obra. Una pista de lo que estamos considerando aquí aparece en el breve texto “El concepto de introyección” en el que el autor aclara algunas confusiones que el nuevo concepto podría causar, distinguiendo, por ejemplo, del concepto de “exteriorización” presentado por A. Maeder. Por eso, Ferenczi destaca que considera “todo amor objetal (o toda transferencia) como una extensión del Yo o introyección, tanto en el individuo normal y en el neurótico”. (Ferenczi, 1912/2011, p. 209). A partir de esa afirmación, quedamos, como mínimo, intrigados con la importancia que la introyección parece adquirir. ¿Estaría, de hecho, toda la afectividad basada en ese fenómeno? La búsqueda por el otro sería una búsqueda por sí mismo o, como afirma Ferenczi, “el hombre sólo puede amarse a sí mismo y a nadie más; ¿amar a otro equivale a integrar a ese otro en su propio Yo”? (Ferenczi, 1912/2011, p. 209). Tenemos ante nosotros un buen campo de investigación. Demos curso, entonces, a un análisis acerca del aspecto afectivo del fenómeno transferencial y sus efectos en la práctica clínica de Ferenczi.

La Presencia Afectiva en la Clínica de Ferenczi.

Comencemos la discusión de este tema a partir del artículo “Síntomas Transitorios en el Desarrollo de un Psicoanálisis” (1912). Ferenczi abre el texto resaltando el papel fundamental que la afectividad ejerce en la clínica:

“Las interpretaciones analíticas, aunque parezcan cautivantes y notables, no podrán llevar a la convicción solamente por medio del material psíquico suscitado por la asociación libre, aunque el paciente lo desee y se esfuerce en ese sentido (...).

Todo pasa como si la reflexión lógica, la comprensión intelectual no permitieran llegar, por sí solas, a una verdadera convicción. Es necesario haber tenido una vivencia afectiva, haber experimentado en carne propia, para alcanzar un grado de certeza que merezca el nombre de “convicción” (Ferenczi, 1912/2011, p. 214).

El texto en cuestión aborda las interrupciones durante el tratamiento analítico debido a un síntoma sensorial o motor. Ferenczi cita una serie de estos síntomas que aparecen como “la expresión de movimientos afectivos e intelectuales inconscientes” y dificultan el avance del análisis por vías de la interpretación. La observación del modo en que estos síntomas se manifiestan lleva al analista a considerarlos como una expresión simbólica del movimiento afectivo o intelectual inconsciente despertado por el análisis. “Una brusca sensación de frío o de calor en el paciente puede significar un flujo emocional caracterizado por uno de esos sustantivos, o bien expresar, mediante una conversión, el deseo o la presunción de encontrar esos sentimientos en el médico” (Ferenczi, 1912/2011, p. 216).

Ferenczi va a fondo en la investigación de la relación analista/analizando y de los síntomas que esa relación puede desencadenar. Considera, por ejemplo, que un paciente puede practicar onanismo (si hay una fijación autoerótica correspondiente) si es tratado de forma inamistosa por su médico. En otra situación, las formaciones obsesivas homosexuales pueden aparecer en pacientes neuróticos del sexo masculino cuya relación con el médico está desprovista de calidez. Pueden surgir aún bostezos “excesivos, tos, hipo y otros” síntomas transitorios “detrás de los cuales se encuentra un material reprimido cuyo componente afectivo es relevante: “estos síntomas pueden servir de punto de ataque contra las resistencias más sólidas disfrazadas de desplazamiento de afectos”. (Ferenczi, 1912/2011, p. 224).

Una observación al final de este texto nos parece de extrema importancia: “el síntoma sólo aparece si el psiquismo está amenazado, por una causa externa o interior, por el peligro de establecer un vínculo asociativo entre los fragmentos de complejos reprimidos y la conciencia”. (Ferenczi, 1912/2011, p. 224). Lo que está detrás de esa afirmación, y que el propio Ferenczi nos aclara, es que el síntoma surge si la toma de conciencia perturba el equilibrio proveniente de una represión anterior. Tal vez esa sea una de las razones por las que el autor insiste en el hecho de que la simple toma de conciencia sin la dimensión afectiva no es suficiente para que el paciente se convenza de las interpretaciones del analista.

Notemos que, además de los síntomas transitorios, otros obstáculos se plantean para el avance del tratamiento. Algunos pacientes, por ejemplo, usan la propia “regla fundamental” del psicoanálisis (la asociación libre) para manifestar su resistencia al tratamiento. Este tema aparece en el texto de 1918: “La Técnica Psicoanalítica”. Aquí, Ferenczi describe los problemas con que el analista tiene que lidiar ante la resistencia de los pacientes. Para él, la resistencia aparece, como vimos en “Transferencia e introyección” (Ferenczi, 1909/2011, p. 105), como una reacción a sentimientos inconscientes de simpatía, destinados a otros, pero que momentáneamente se fijaron en la persona del analista, es decir, en un intento de “descargar” en él sus afectos otrora insatisfechos, el paciente introduce la figura del analista a través de la transferencia. Es en base a esta concepción que Ferenczi da orientaciones de cómo el analista debe comportarse ante la resistencia que los pacientes manifiestan.

Los primeros ejemplos por él citados se refieren a una inadecuación de los pacientes en cumplir la regla fundamental del psicoanálisis, ya sea no comunicando sin crítica lo que le ocurre a la mente, ya exagerando en la libre asociación y comunicando contenidos absurdos. Como método para lidiar con la resistencia manifestada por el silencio, por ejemplo, Ferenczi recurre una vez más al fundamento de la introyección/proyección. Él decía que, en los casos en que la explicación de la técnica no ayuda nada, le correspondía al médico oponer su propio silencio al del paciente. “El paciente quizá tenga dificultad en soportar el silencio del médico; tendrá la impresión de que el médico está enojado con él, en otras palabras, proyectará en él su propia mala conciencia, lo que le llevará finalmente a ceder y a renunciar a su negativismo” (Ferenczi, 1918/2011, p. 409).

Más aun, en el ámbito de la resistencia, están los pacientes que dan a sus “ideas desagradables la forma de una proyección sobre el médico, diciendo, por ejemplo: ‘usted cree que estoy pensando que...’ o ‘por supuesto, usted va a interpretar eso como...’” (Ferenczi, 1918/2011, p. 410). Este es otro ejemplo de cómo el tema de la introyección/proyección aparece como telón de fondo para la técnica analítica practicada por Ferenczi.

Continuando la observación de las orientaciones acerca de la técnica, notamos que, ante las preguntas del paciente, Ferenczi asume como regla responder con otra pregunta: “¿cómo se le ocurrió preguntarme eso?”. Esta técnica orienta el interés del paciente hacia las fuentes de su curiosidad, y cuando se trata la pregunta de manera analítica, generalmente olvida repetir la pregunta inicial. Algunas preguntas son hechas por el paciente como expresión de su resistencia, teniendo la finalidad exclusiva de desorientar al médico. Aunque el paciente tiene cuestiones urgentes que necesitan ser contestadas, el analista debe tomar el cuidado de no actuar como un director espiritual, diciendo qué hacer, sino sólo ayudando en la elucidación de las motivaciones (Ferenczi, 1918/2011, p. 414). Bajo este cuidado, el analista estará apto para desempeñarse cuando domina la contratransferencia.

Estamos una vez más ante la importancia del papel de la introyección para la técnica psicoanalítica. El psicoanálisis “encontró en la transferencia al médico el factor eficiente de toda sugerencia médica, y constató que, en última instancia, esa transferencia no hace más que repetir la relación infantil erótica con los padres”, es decir, todo el cariño y el odio que el niño introyectó acerca de las figuras parentales son ahora proyectados en la figura del analista (Ferenczi, 1918/2011, p. 416). En base a esta afirmación, Ferenczi defiende que ser más sensible a uno u otro modo de sugerencia depende de la historia o de la predisposición constitucional del paciente.

Sabiendo esto,

“El psicoanalista, por su parte, no tiene más el derecho de ser, a su modo, afable y compasivo o rudo y grosero, en la expectativa de que el psiquismo del paciente se adapte al carácter del médico. Le compete saber dosificar su simpatía e incluso interiormente jamás debe abandonarse a sus afectos, pues el hecho de estar dominado por afectos, o incluso por pasiones, constituye un terreno poco favorable a la recepción y asimilación de los datos analíticos. Pero, siendo el médico un ser humano y, como tal, susceptible de humores, simpatías, antipatías y también de impulsos pulsionales -sin tal sensibilidad no podría incluso comprender las luchas psíquicas del paciente-, está obligado, a lo largo del análisis, a realizar una doble tarea: debe, por un lado, observar al paciente, examinar sus palabras, construir su inconsciente a partir de sus proposiciones y de su comportamiento; y por otro lado, debe controlar constantemente su propia actitud respecto del paciente y, si es necesario, rectificarla, o sea, dominar la contratransferencia”. (Ferenczi, 1918/2011, p. 416-7)

El cuidado con la contratransferencia está también basado en el concepto de introyección. Ferenczi relata tres fases en el camino hacia el dominio de la contratransferencia. En la primera fase, el analista es capturado por los mismos sentimientos que el paciente y, en la mayoría de las veces, ni se da cuenta de cómo ocurren los primeros éxitos terapéuticos. “Sucumbimos a todos los afectos que la relación médico-paciente puede suscitar” (Ferenczi, 1918/2011, p. 417), conmoviéndose con las angustias de los pacientes e incluso con sus fantasías, llegando al extremo de indignarse contra todos aquellos que le hicieron mal al paciente. Es la introyección lo que permite al analista hacer suyo todos los sentimientos de los pacientes. “El médico entusiasta que, en su deseo de curar y de explicar, quiere ‘provocar’ a sus pacientes, descuida las señales, pequeñas y grandes, de la atracción inconsciente que experimenta por sus pacientes de ambos sexos” (Ferenczi, 1918/2011, p. 417).

En una segunda fase, cuando el analista aprendió a evaluar la contratransferencia y sus síntomas, corre el peligro de caer en el otro extremo de actuar con dureza y frialdad ante el paciente. Puede a menudo llegar a ser inaccesible, impidiendo el establecimiento de la transferencia. Por lo tanto, saber medir la distancia y proximidad es fundamental para el éxito de un análisis, y la tercera fase del dominio de la contratransferencia viene justamente ahí, cuando el analista transpone la resistencia a la contratransferencia.

El tema de la contratransferencia parece de extrema importancia al analizar la clínica ferencziana, pues remite a un cuidado que los lectores desavisados podrían dejar escapar. El analista necesita encontrar el control adecuado de sus sentimientos para poder “relajarse” durante el tratamiento. Al ejercer la escucha del paciente, se espera que el analista pueda ejercer una “emoción flotante” que permita dar libre curso a las

propias asociaciones y fantasías. Sólo así, oscilando permanentemente entre el libre juego de la imaginación y el examen crítico, es posible aprehender las manifestaciones del inconsciente, disimuladas en el contenido manifiesto de las proposiciones y de los comportamientos del paciente.

También quisiera subrayar la importancia de la transferencia a la sugerencia analítica haciendo mención del artículo “Prolongación de la técnica activa en el psicoanálisis” (1920). Aquí una vez más Ferenczi propone que la repetición, en la clínica, de experiencias anteriores es lo que permitirá al paciente convencerse de los motivos inconscientes de su sufrimiento. La autoridad del médico es aumentada por la transferencia. Pensando en eso es que remonta las fases del tratamiento descritas por Freud: “en la primera, toda libido es retrocedida a los síntomas en provecho de la transferencia; en la segunda, la lucha se libra con la libido transferida al médico, a fin de intentar desprender esa libido de su nuevo objeto” (Ferenczi, 1920/2011, p. 119).

Pero no pensemos que el papel de la afectividad en la clínica de Ferenczi se resume al fenómeno transferencial. A esa altura (1920), vemos que el psicoanalista húngaro ya había avanzado bastante en su práctica clínica, la cual comporta desde entonces elementos suficientes para describir lo que él denominó “técnica activa”. Más adelante, veremos en qué consiste esa técnica. Por el momento, basta con observar que la “técnica activa incita al paciente a ciertas actividades, a inhibiciones, a actitudes psíquicas o a una descarga de afectos, y espera poder acceder secundariamente al inconsciente o al material reprimido” (Ferenczi, 1920, p. 133). En esta frase se encuentra una comparación entre la técnica activa y la catarsis. Es menester notar que ambas técnicas poseen un denominador común, cual es la descarga de afectos. Sin embargo, mientras esa descarga era un fin en sí mismo para la catarsis, en la técnica activa, ella es un medio.

Por último, pero no menos importante, así como Freud en su práctica clínica, Ferenczi también describe el afecto como señal para el establecimiento de los síntomas. En “Fenómenos de Materialización Histórica” (1919), parte de las enseñanzas freudianas de que los síntomas de conversión histérica son representaciones, por el cuerpo, de fantasías inconscientes detrás de las cuales están las mociones pulsionales de naturaleza erótica y egoísta. “El sujeto así predispuesto reacciona a un conflicto erótico, que desempeña, por lo tanto, el papel de trauma psíquico, por la represión de las mociones genitales o, eventualmente, por el desplazamiento de esas mociones hacia partes del cuerpo aparentemente anodinas” (Ferenczi, 1919/2011, p. 44). En pocas palabras: el sujeto *genitaliza* las partes del cuerpo donde se manifiestan los síntomas, o aún, como lo había manifestado Freud: la materialización figura en el cuerpo procesos psíquicos que se dan no sólo en los pacientes histéricos, sino también en numerosos estados afectivos de individuos normales.

Una Clínica Activa

Hemos observado que Ferenczi adoptó los fundamentos del psicoanálisis freudiano y quiso llevarlos a cabo, pero no de un modo rígido. En esa defensa que propuso en el texto “Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis” (1920), decía que su objetivo es “poner a los pacientes en condiciones de obedecer mejor a la regla de asociación libre con la ayuda de ciertos artificios y llegar así a provocar o a acelerar la investigación del material psíquico inconsciente”. (Ferenczi, 1920/2011, p. 117). A partir de este punto, él justifica no estar aportando con algo novedoso a la práctica analítica, pero sí estar dando, de hecho, nombre a algo que siempre ha sido utilizado: la actividad.

Rescatando la historia del psicoanálisis, podemos afirmar que Ferenczi nos muestra cómo se dio la evolución del método catártico hasta un psicoanálisis cuya característica más sobresaliente era la pasividad. El concuerda con que ciertas opiniones inequívocas se habían cristalizado en el paciente y que era necesario concentrar la atención en esas opiniones para, tras una madura reflexión, comunicárselas al paciente en una interpretación. Sin embargo, nos alerta de que “tal comunicación ya constituía una intervención activa en la actividad psíquica del paciente”. En su opinión, la educación del Yo es una intervención francamente activa al alcance del médico, en virtud de su autoridad aumentada por la transferencia. La influencia ejercida sobre el paciente es ciertamente algo activo y el paciente reacciona pasivamente al esfuerzo del médico. Pero toda la actividad hasta aquí descrita se refiere a la actitud psíquica del paciente, lo que no es necesariamente la técnica activa.

La actividad característica de la técnica activa, como subraya el autor, comprende mucho más al paciente

que al analista. Este interviene junto al paciente ayudándole a salir del abrigo seguro de su fobia, lo que no sucede sin que experimente una angustia intensa. Con ese afecto así expuesto, sería más fácil superar la resistencia contra el material reprimido que se hacía accesible al análisis en forma de recuerdos e ideas. Al paciente se le impone una tarea particular más allá de la observancia de la regla fundamental. Es a esa intervención a la que Ferenczi da el nombre de técnica activa.

Ferenczi describe dos fases de la actividad en el análisis. En una primera fase, el médico daba la orden al paciente de ejecutar ciertos actos desagradables que permitían a ciertas tendencias reprimidas convertirse en fuente de placer. Se iniciaba entonces la segunda fase, de defensa, cuando esas acciones eran prohibidas. Esta dinámica favorecía al paciente poder llegar a ser plenamente consciente de ciertos impulsos que habían sido reprimidos y venían a la conciencia como representaciones agradables, mientras que las mociones de deseos. “Por lo tanto, la ‘actividad’ que consideramos hasta entonces como una entidad se descompone en la intimación y en la ejecución sistemáticas de órdenes y prohibiciones, aunque mantiene constantemente la ‘situación de abstinencia’, según Freud. (Ferenczi, 1920/2011, p. 124). Para Ferenczi, esa abstinencia era alcanzada cuando se logra mantener el vínculo transferencial, no obstante, sin satisfacer las situaciones de placer.

Atendemos al hecho de que toda la “actividad” de la técnica propuesta por Ferenczi sólo es posible si paciente y analista han desarrollado una sólida transferencia.

“Evidentemente, el analista debe saber que esa experiencia es un cuchillo de doble filo; por lo que debe tener, antes de decidir, indicios seguros de la solidez de la transferencia. Vemos que la actividad trabaja siempre a contrapelo, en otras palabras, contra el principio de placer. Si la transferencia es débil, es decir, si el tratamiento aún no ha convertido al paciente en una coacción interna (Freud), éste usará fácilmente como pretexto esa nueva y penosa tarea para desligarse por completo del médico y huir del tratamiento”. (Ferenczi, 1920, p. 127))

Para hablar de una fuga del tratamiento, debemos tener también en cuenta algunos otros peligros del uso de la técnica activa. Lo primero es que, en virtud de tales intervenciones, el paciente sea curado demasiado rápido y, por esa razón, de un modo incompleto. Otro peligro es el de alargar demasiado el tratamiento en vez de abreviarlo como se pretendía, como consecuencia de la exacerbación de las resistencias. Se puede, debido a la exacerbación, desarrollar plenamente y conducir al absurdo rasgos de carácter que son psicosis privadas soportadas e incluso admitidas por un yo narcisista, llevando a una ruptura del análisis.

Tengamos en cuenta que la principal tarea del análisis es la investigación del material inconsciente e infantil. Para Ferenczi, esa investigación debe darse en un ambiente de sinceridad, en la que los vínculos transferenciales ya se han establecido sólidamente, generando lo que Freud llamaba “temperatura de ebullición del amor de transferencia”. Sin embargo, para él, el médico nunca debía despertar en el paciente expectativas a las que no puede corresponder.

Estos y otros cuidados aparecen durante toda la obra de Ferenczi, como aparece también la precaución en el uso de la técnica activa. Varias veces, él insiste en que el uso de la técnica activa es una excepción y no una regla en el tratamiento. Solo la usamos en algunos casos para provocar una nueva distribución de la energía psíquica del paciente, susceptible de favorecer la emergencia del material reprimido. La descarga afectiva provocada por medio de esa técnica, por lo tanto, es sólo un medio con vistas a un fin, mientras que la catarsis, constituía un fin y sí mismo.

Hasta aquí, notamos que la actividad de la que habla Ferenczi no es solamente la actividad psíquica y tampoco la actividad del médico. Podemos interpretar la actividad⁴ de que él habla como un “juego afectivo” entre paciente y analista que permita acelerar el proceso de traer a la superficie el material reprimido y abreviar el tiempo del análisis. Es en esa dirección que el psicoanalista húngaro hace un análisis histórico crítico del psicoanálisis (“Perspectivas del psicoanálisis”, 1924). En ese texto, señala cinco. “Métodos técnicos erróneos de que no se corresponden con la idea de que actualmente tiene el psicoanálisis” (Ferenczi, 1924/2011, p. 247): (1) análisis descriptivo; (2) colección de asociaciones; (3) fanatismo de la interpretación; (4) análisis de los

síntomas y (5) análisis de los complejos. Describiendo cada uno de estos métodos, nos muestra que todos ellos parecen apartarse de un análisis más profundo, es decir, de una investigación del trauma.

Estas consideraciones apuntan hacia el sentido que justifica el uso del título de este tópico, a saber: una clínica activa:

“La actividad moderada más, si es necesario, energética que es exigida por el análisis reside en el hecho de que el médico acepta, en cierta medida, desempeñar verdaderamente el papel que le es prescrito por el inconsciente del paciente y sus tendencias para la fuga. Se favorece de este modo la *tendencia a repetir* las experiencias traumáticas precoces, en general ligeramente inhibida, teniendo por finalidad esencial, bien entendida, vencer en definitiva esa tendencia a la repetición al desvelar su contenido” (Ferenczi, 1924/2011, p. 258).

Es con ese objetivo⁵ y a partir de él, que Ferenczi se abre a la experimentación clínica, marcando la característica de su práctica: la flexibilidad para encontrar modos de tratamiento eficaz. Esperamos que esté claro hasta aquí, que la actividad a la que se refiere Ferenczi es de parte del paciente y nunca del analista. Pero él mismo prevé algunos casos excepcionales en que se debe recurrir a la benevolencia o severidad. Podemos decir que su clínica fue activa al exigir al analista siempre revisar su práctica y postura. Es lo que observamos claramente en sus textos a partir de 1925.

En *Psicoanálisis de los Hábitos Sexuales* (1925), Ferenczi continúa enseñándonos lo que él mismo viene aprendiendo acerca de la actividad e insiste en que ella “no pretende, en absoluto, sustituir el análisis actual, sino completarla en algunos puntos y circunstancias” (Ferenczi, 1925/2011 vol. III, p. 359). Este texto trae relevantes reflexiones acerca del papel del cuerpo en la representación del trauma, de un abordaje analítico en el ámbito somático y psíquico y de la diferenciación entre el análisis clásico y el análisis con técnica activa a las que él denomina, respectivamente, “análisis por lo alto” y, “análisis por lo bajo”.

Usando la actividad para el tratamiento de las disfunciones sexuales, Ferenczi muestra cómo una intervención directa en el cuerpo produce efectos en lo psíquico y viceversa. Cita, por ejemplo, casos de surgimiento de erecciones, incluso en pacientes impotentes que no las tenían hace mucho tiempo, debido a una orientación dada por el analista de retener sus evacuaciones, “las funciones de retención y evacuación de la vejiga y del intestino pueden presentar inervaciones anales y uretrales en forma de una mezcla anímíxica y estas tendencias se encuentran secundariamente desplazadas hacia el órgano genital, donde controlan el acto de eyaculación y su inhibición” (Ferenczi, 1925/2011, p. 363). Sus observaciones lo llevaron a creer que la evacuación implicaba placer para la vejiga y displacer para el recto, o sea, que el placer y displacer son experimentados directamente en el cuerpo biológico y no sólo en el psíquico, dando indicios con ello de una erotización de las funciones excretoras.

Estas notas de Ferenczi acerca del uso de las funciones excretoras para fines eróticos revelan también otra curiosidad: la posibilidad de una identificación a partir del cuerpo/soma y no sólo del cuerpo/pulsión. Hemos hablado varias veces de la íntima relación entre identificación y transferencia. Él nos recuerda que “la identificación de los niños con sus padres pasa, como se sabe, por una primera fase pregenital. Antes de atreverse a compararse con los padres en el plano genital, el niño intenta rivalizar con ellos en el plano de las proezas anales y uretrales. (Ferenczi, 1925/2011, p. 365). Esta identificación “parece constituir una especie de precursor fisiológico del ideal del Yo o del superyó en el psiquismo del niño” (Ferenczi, 1925/2011, p. 366). Habiendo establecido una buena transferencia y estando consciente de esa identificación, el analista puede usar ese mecanismo para ayudar al paciente a permitir una manifestación adecuada del erotismo al obedecer los mandatos e interdicciones impuestas por la técnica activa.

A partir de las observaciones hechas por Ferenczi, podemos percibir la importancia que él da al control de los esfínteres en el acceso al placer y displacer y, más detenidamente, en su importancia erótica. Una variación infinita de las sensaciones de tensión y distensión en la medida en que inhiben o facilitan la afluencia o reflujo de los contenidos corporales revela la significación biológica y psicológica de los esfínteres.

Esta significación parecía ser tratada de modo descuidado hasta entonces. Analizando detalladamente esa variación y los síntomas neuróticos, Ferenczi constata que la angustia tiene una fuente corporal bien definida: los esfínteres genitales. Tales constataciones le llevan a pensar en la idea de un “análisis bioanalítico”, es decir, un análisis que se desarrolla en el ámbito somático y psíquico.

La idea de un bioanálisis revela una vez más la postura activa de Ferenczi ante el análisis, es decir, de su búsqueda incesante de mejores respuestas clínicas. Es de esta práctica que continúa extrayendo nuevos conocimientos para el tratamiento. Ya hemos atendido al principio de este tema y llegamos ahora al final de él haciendo algunos últimos apuntes. El primer aspecto que queremos hacer notar es acerca del uso de la actividad en la clínica. En “Contraindicaciones de la Técnica Activa” (1926), el autor alerta que el análisis jamás debe comenzar por la actividad, pues ésta “va a exacerbar inevitablemente la resistencia del paciente, o sea, incitar al Yo del paciente a oponerse al del analista” y “como medida de frustración, tiene sobre todo por efecto, por tanto, perturbar y deshacer la transferencia” (Ferenczi, 1926/2011, p. 402). En este texto, él afirma haber tenido la necesidad de confesar su error ante algunos pacientes y “esa experiencia afectiva no dejaba de presentar ciertas ventajas para el análisis” (Ferenczi, 1926/2011, p. 403).

En segundo lugar, notemos que, al avanzar en la experiencia clínica, Ferenczi progresa también en flexibilidad. Esto puede ser apreciarse, por ejemplo, en el artículo “Elasticidad de la Técnica Psicoanalítica” (1928). Aquí, él muestra cómo el estar atento a la fuerza de la resistencia provocada por la técnica activa, puede facilitar la percepción del momento y los modos adecuados de hacer comunicaciones al paciente. Tal cuidado se inserta en el contexto de la defensa que Ferenczi hace acerca de la postura del analista. En su opinión, el analista debe tener tacto psicológico para tener una buena comunicación. No se trata de una actitud de benevolencia que prescinda de la interpretación, sino del cuidado para que tal comunicación sea hecha con el mayor provecho posible por parte del paciente. Este cuidado tiene, sin duda, un aspecto afectivo. Sin embargo, el analista debe estar también consiente de que en ningún caso debe dejarse guiar sólo por sus sentimientos, o sea, él “debe primero retirar su libido del paciente para evaluar la situación con frialdad” (Ferenczi, 1928/2011, p. 32). Esta postura flexible del analista aparece con mayor claridad aún en el tramo que sigue:

“En numerosas ocasiones he intentado mostrar cómo el analista en el tratamiento debe representar, a veces durante semanas, al papel de ‘Juan, el terco’ (Watschermann), en quien el paciente ejercita sus afectos de displacer. Si no, sólo no nos protegemos, sino que, en todas las ocasiones, alentamos también al paciente, ya bastante tímido, cosecharemos más temprano o más tarde la recompensa bien merecida de nuestra paciencia, en forma de una naciente transferencia positiva (...). Es necesario, como con una tira elástica, ceder a las tendencias del paciente, pero sin abandonar la tracción en la dirección de sus propias opiniones, en tanto que la falta de consistencia de una u otra de esas posiciones no esté plenamente probada”. (Ferenczi, 1928/2011, pp. 35-37).

Como tercer aspecto importante a ser recordado acerca de la clínica ferencziana, destacamos el creciente valor que él da al papel del afecto en la clínica. En “Principio de Relajación y Neocatarsis” (1930), por ejemplo, él critica la práctica analítica de algunos analistas de su tiempo afirmando que “la relación intensamente emocional, (...) que existía entre el médico y su paciente, se enfrió progresivamente para convertirse, en una especie de experiencia infinita de asociaciones, y luego, en un proceso esencialmente intelectual” y que “Freud fue coaccionado (...) a reestablecer la afectividad en la relación analista-analizando, que había sido manifiesta y erróneamente descuida durante un cierto tiempo” (Ferenczi, 1930, p. 63). En su opinión, permitir mayor libertad al paciente puede llevar a un agotamiento de todas las agresiones posibles y, consecuentemente, a una transferencia positiva y resultados más tangibles. A través del principio de relajación y de la neocatarsis, logró crear una atmósfera de confianza un poco más sólida entre médico y paciente y, en consecuencia, síntomas histéricos corporales hacían bruscamente su aparición, con frecuencia, por primera vez, en un análisis de varios años duración.

Consideraciones finales: en busca de mayor eficacia.

En los últimos textos que publica en vida, Ferenczi insiste en la necesidad de una nueva postura del analista frente al paciente traumatizado. El, se vio obligado a ocuparse con frecuencia cada vez mayor del propio traumatismo patógeno, pues “un análisis no podría considerarse concluido, al menos teóricamente, si no se ha logrado alcanzar el material mnémico traumático” (Ferenczi, 1930/2011, p. 73). El trauma frecuentemente aprisiona al sujeto en fases infantiles de desarrollo provenientes de un tratamiento inadecuado y, muchas veces, cruel. Por eso, él desarrolla en los últimos años de su clínica un tratamiento con adultos muy parecido al que normalmente era empleado con los niños, cuidándose sobre todo de crear un ambiente acogedor para el inicio del tratamiento. Reconoce que “si la benevolencia viene a faltar, el niño se ve solo y abandonado en la más profunda aflicción, es decir, justamente en la misma situación insoportable que, en cierto momento, la condujo a la división psíquica y, finalmente, a la enfermedad”. (Ferenczi, 1933/2011, p. 115). Por esa razón, Ferenczi defiende la necesidad de que el analista deba consentir cuanto le sea posible a los impulsos y deseos afectivos del paciente “un poco a la manera de una madre cariñosa, que no se acostará por la noche antes de haber discutido a fondo, con su hijo y solucionado, en el sentido de apaciguamiento, todas sus preocupaciones grandes y pequeñas, sus miedos, e intenciones hostiles” (Ferenczi, 1931/2011, p. 90).

Habiendo desarrollado bastante su práctica clínica y disponiendo de elementos suficientes para describir lo que denomina “técnica activa”, Ferenczi avanza en el deseo de una clínica eficaz. A poco, él descubre que su postura como analista debe siempre ser revisada para adecuarse a las demandas terapéuticas. El telón de fondo para esa revisión sigue siendo los procesos transferenciales (proyección e introyección), procesos que tienen como base la afectividad. Por esa razón, podemos comprender el trabajo de Sándor Ferenczi como una clínica (y teoría) del afecto y de la actividad, teniendo siempre en cuenta que el cuerpo es fundamental para la expresión de esos dos elementos.

REFERENCIAS

- 1.- FERENCZI, Sándor. Do Alcance da Ejaculação Precoce (1908). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 2.- _____, Sándor. As Neuroses à Luz do Ensino de Freud e da Psicanálise (1908). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 3.- _____, Sándor. Interpretação e Tratamento Psicanalíticos da Impotência Psicosexual (1908). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 4.- _____, Sándor. Psicanálise e Pedagogia (1908). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 5.- _____, Sándor. Transferência e Introjeção (1909). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 6.- _____, Sándor. O Conceito de Introjeção (1912). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 7.- _____, Sándor. Sintomas Transitórios no Decorrer de uma Psicanálise (1912). Obras Completas Psicanálise I, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 8.- _____, Sándor. A Técnica Psicanalítica (1918). Obras Completas Psicanálise II, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 9.- _____, Sándor. O Desenvolvimento do Sentido de Realidade e seus Estágios (1913). Obras Completas Psicanálise II, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 10.- _____, Sándor. Prolongamentos da ‘Técnica Ativa’ em Psicanálise (1920). Obras Completas Psicanálise III, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 11.- _____, Sándor. Fenômenos de Materialização Histórica (1919). Obras Completas Psicanálise III, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 12.- _____, Sándor. Perspectivas da Psicanálise (1924). Obras Completas Psicanálise III, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.

- 13.- _____, Sándor. Psicanálise dos Hábitos Sexuais (1925). Obras Completas Psicanálise III, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 14.- _____, Sándor. Contraindicações da Técnica Ativa (1926). Obras Completas Psicanálise III, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 15.- _____, Sándor. O Problema da Afirmação do Desprazer (1926). Obras Completas Psicanálise III, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 16.- _____, Sándor. A Adaptação da Família à Criança (1928). Obras Completas Psicanálise IV, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 17.- _____, Sándor. O Problema do Fim da Análise (1928). Obras Completas Psicanálise IV, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 18.- _____, Sándor. Elasticidade da Técnica Psicanalítica (1928). Obras Completas Psicanálise IV, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 19.- _____, Sándor. Princípio de Relaxamento e Neocatarse (1930). Obras Completas Psicanálise IV, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 20.- _____, Sándor. Análises de Crianças com Adultos (1931). Obras Completas Psicanálise IV, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 21.- _____, Sándor. Confusão de Língua entre Adultos e Crianças (1933). Obras Completas Psicanálise IV, 2.ed, 2011, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 22.- FREUD, Sigmund e BREUER, Joseph. Estudos Sobre a Histeria (1893). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. II, 2006, Imago. Rio de Janeiro.
- 23.- FREUD, Sigmund. Três Ensaio sobre a Sexualidade (1905). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. VII, 2006, Imago. Rio de Janeiro.
- 24.- LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário da Psicanálise. 2001, WMF Martins Fontes. São Paulo.
- 25.- SANTOS, Davidson Braga. Corpo, Afeto e Clínica na Obra de Sigmund Freud. Seminário de Iniciação Científica da PUC-Rio X. Acessado em 24/04/2012.

Versión Electrónica:

http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2012/relatorios_pdf/ctch/PSI/PSI-Davidson%20Braga%20Santos.pdf

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter II-ALSF

Notas al final

- 1.- Referencia a los textos: FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph. Estudios sobre la Histeria, 1893; FREUD, Sigmund. Tres ensayos sobre la sexualidad, 1905. Cfr. SANTOS, Davidson Braga Cuerpo, afecto y clínica en la obra de Sigmund Freud, 2011.
- 2.- Esta cita tiene una particularidad que exige una investigación mayor. Tengo la impresión de que Ferenczi coloca transferencia e identificación como sinónimos. Sin embargo, esto no me parece una igualdad, aunque ambas no están relacionadas con el interés y el objeto. Una breve consulta al *Vocabulario del Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (2001) revela que la transferencia e identificación son cosas muy distintas. Habiendo estudiado el tema de la identificación en Freud, percibo que hay estrecha relación entre la identificación y la transferencia, pero que esos mecanismos no se confunden. El tema vuelve a aparecer en el texto "*Psicoanálisis de los Hábitos Sexuales*", donde, una vez más, identificación y transferencia son tratadas como sinónimas. Una observación interesante es que "identificación" en ese último texto se da en el cuerpo/soma y aparece como precursor fisiológico del ideal del ego o del superyó.
- 3.- Esta afirmación parece remitirse a la técnica activa que más adelante Ferenczi va a desarrollar. Esta técnica surge como medio de acelerar el proceso analítico.
- 4.- El sentido que empleamos aquí para el término "actividad" va más allá de aquel presentado por Ferenczi.
- 5.- Cf. Ferenczi, 1925/2011, p.360: ligazón psíquica de lo reprimido en el preconscious por medio de la rememoración y de la reconstrucción que acaban por imponerse.