

## LOS ESCRITOS TÉCNICOS DE SÁNDOR FERENCZI (experiencias, preguntas, reflexiones).

Manuel Murillo

“¿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?”

“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.”  
(Ferenczi, 1931: p. 2 y 6)

Sándor Ferenczi, el psicoanalista húngaro, ha hecho una de las contribuciones técnicas más importantes que registra la historia del psicoanálisis. Su extensa obra, rica en muchos aspectos, contiene una serie de escritos técnicos cuyo estudio y discusión aportarán sin duda a la formación de cualquier analista. Establezcamos, de manera aproximada, cuál es este conjunto de escritos que podríamos llamar “los escritos técnicos de Ferenczi” o la “obra técnica de Ferenczi”<sup>1</sup>:

- (1919a) *Dificultades técnicas en un análisis de histeria*
- (1919b) *La técnica psicoanalítica*
- (1919c) *La influencia ejercida sobre el paciente en el análisis*
- (1920) *Prolongaciones de la “técnica activa” en psicoanálisis*
- (1924a) *Perspectivas del psicoanálisis*
- (1924b) *Las fantasías provocadas*
- (1926) *Contraindicaciones de la técnica activa*
- (1928) *Elasticidad de la técnica psicoanalítica*
- (1930) *Principios de relajación y neocatarsis*
- (1931) *Análisis de niños con adultos*
- (1932) *Diario clínico*

La actitud general que gobierna cada uno de estos escritos, llenos de experiencias, inquietudes y reflexiones, parte de dos ideas firmes del autor, que hemos reflejado como epígrafes al comenzar:

a) muchos de los obstáculos que surgen en la transferencia no se deben sólo a las resistencias del paciente sino a la comodidad del psicoanalista.

---

1 .- Pueden hallarse tres libros de Ferenczi editados: *Problemas y métodos del psicoanálisis*, *Teoría y técnica del psicoanálisis*, *Sin simpatía no hay curación*; se puede acceder por otro lado a la edición de obras completas en bibliotecas de psicología o psicoanálisis; finalmente existe en algunos sitios de internet una gran variedad de artículos suyos, casi su obra completa.

b) tenemos mucho más que aprender de nuestros pacientes, nuestros alumnos y los niños, que de nuestros analistas, nuestros maestros y los adultos en general.

¿Significa esto último que debemos despreciar o sub-valorizar la enseñanza de nuestros analistas y nuestros maestros? En absoluto. Se refiere a una actitud general respecto de la transferencia: el psicoanálisis progresa mejor en su elaboración cuando los miembros de su comunidad extraen enseñanzas de sus pacientes y sus alumnos. Y, por el contrario, se cierra sobre sí mismo si centra su atención sobre los analistas y los maestros<sup>2</sup>. Winnicott, muy consciente de esto último, dedicó su libro *Realidad y juego* a sus pacientes: “A mis pacientes, que pagaron por enseñarme.”

## ¿CUÁL ES EL LUGAR DE LA TÉCNICA EN PSICOANÁLISIS?

Freud definió al psicoanálisis como una teoría, un método de investigación, y un método o una técnica para el tratamiento de algunas afecciones psíquicas o subjetivas. Ferenczi usa el término técnica en este último sentido. La técnica del psicoanalista o la técnica del psicoanálisis designa el campo de lo que un analista hace y no hace, dice y no dice en el análisis. Pero designa además el campo de las reflexiones teóricas acerca de este que-hacer y este decir.

Definido esto debemos observar que la técnica y la reflexión técnica tienen en cada psicoanalista y en cada escuela psicoanalítica un lugar, un valor y un alcance diferente a considerar. La perspectiva puntual de Ferenczi tiene la marca sobresaliente de una visión crítica de la técnica, presente a lo largo de toda su obra: hablar de la técnica analítica tiene para él el valor de interrogar la técnica.

Extraigamos un conjunto aproximado de las críticas que Ferenczi realizó sobre la técnica a lo largo de toda su obra, ofreciendo para cada una un extracto del texto del autor:

a) el psicoanálisis sabe, por experiencia y por definición, que los *factores afectivos* tienen para la vida del paciente y para la relación transferencial, un alcance de mayor determinación que los factores intelectuales. A pesar de ello no es poco frecuente que nos comportemos en un sentido inverso, como si los factores intelectuales fueran los determinantes:

“Un principio del psicoanálisis, inexpresado o raramente expresado es que, en oposición a otras psicoterapias, no quiere actuar ni por la sedación, el apaciguamiento, la estimulación, la instigación (en consecuencia, por medidas que actúan directamente por efecto emocional y sugestivo), ni por la piedad, la ternura, una amistosa buena voluntad, la comprensión y una participación real en todos los movimientos del alma como el odio, la indignación, la desesperanza, o la alegría compartida en el momento de las emociones positivas y de las felicidades del amor, etc., sino al fin de cuentas sólo por la vía intelectual, despejando las inhibiciones que afectan a los sentimientos y a los actos, por la toma de conciencia de las represiones. El ideal del análisis sería pues un caso donde no se introduzca nada en absoluto en el paciente por el análisis, donde el analista no cambie o no mejore nada en cuanto a las relaciones exteriores ni a las relaciones interiores, ni por una ayuda social o personal, ni por la satisfacción de necesidades afectivas. En verdad el psicoanálisis moderno, desde el descubrimiento del factor de transferencia en la situación analítica, ha señalado la importancia de los factores afectivos, no intelectuales en el análisis, y finalmente ha arribado a la constatación

---

2   .- Esta situación podría describirse según lo que Elias Canetti llama *masas abiertas* y *masas cerradas*: “La masa natural es la masa *abierta*: su crecimiento no tiene límites prefijados. No reconoce casas, puertas ni cerraduras; quienes se encierran en ella le resultan sospechosos. ‘Abierta’ debe entenderse aquí en un sentido amplio: la masa lo es en todas partes y en cualquier dirección. La masa abierta existirá mientras siga creciendo. Su desintegración empezará cuando deje de crecer”. La masa cerrada: “Esta renuncia al crecimiento y se concentra sobre todo en su permanencia. Lo que primero llama la atención en ella es el *limite*. La masa cerrada busca establecerse, creando su propio espacio al limitarse.” (Canetti, 1960: p. 5 y 6).

de que sólo el efecto de transferencia y el desbloqueo de las resistencias contra éste, permiten la verdadera toma de consciencia y por este hecho, el dominio del inconsciente. Sin embargo, todos estos factores afectivos en el análisis fueron concebidos como una suerte de interregno que debe en definitiva ser completamente resuelto, y en última instancia, lo que el análisis ofrece a los enfermos es la comprensión y el control de sí.” (1932, p. 89)

b) El efecto terapéutico no es el resultado de una explicación dada al paciente sino de una *experiencia vivida* en la transferencia. El análisis no opera por una convicción intelectual sino por una *vivencia afectiva* (valga la redundancia):

“Mientras que antes uno se esforzaba en obtener efectos terapéuticos de la reacción del paciente a las explicaciones dadas, a partir de ahora pretendemos poner el saber adquirido por el psicoanálisis totalmente al servicio del tratamiento provocando directamente, en función de nuestro saber, las *experiencias vividas (Erlebnisse)* adecuadas y limitándonos a explicar al paciente solamente esta experiencia, que por supuesto le resulta directamente perceptible.” (1924a, p. 11) “...el conocimiento de una parte de la realidad, posiblemente la más importante, no puede convenirse en una convicción por vía intelectual, sino sólo en la medida en que es *conforme a la vivencia afectiva*. Me apresuro a añadir, para no permitir que triunfen durante más tiempo los adversarios del conocimiento y de la ciencia, que el conocimiento de la importancia del elemento emocional es en sí mismo un conocimiento y que en consecuencia no debemos temer por el porvenir de la ciencia.” (1926, p. 7)

c) Solidario de una sobre-estimación de los factores intelectuales en el análisis, se desarrolla un *fanatismo de la interpretación*:

“Más grave aún ha sido el *fanatismo de la interpretación* que conducía a desconocer la rigidez de las traducciones lexicales, a olvidar que la técnica de la interpretación es únicamente un medio para conocer el estado psíquico inconsciente del paciente y no el objeto principal del análisis. Conviene atribuir a esta traducción de las asociaciones el valor que se le da aproximadamente en el ámbito lingüístico, de donde ha sido extraída la comparación. La búsqueda de los términos desconocidos es el trabajo preparatorio indispensable para la *comprensión del conjunto del texto*; esto no es un fin en sí. A esta “traducción” debe suceder la “interpretación” propiamente dicha, en el sentido de un encadenamiento significativo. En esta perspectiva desaparecen las querellas tan frecuentes sobre lo ajustado de una interpretación, es decir, de la traducción. Preguntarse, como lo hacen algunos analistas, si tal “interpretación” (lo que quiere decir traducción en nuestra terminología) es justa, o aun lo que “significa” esto o aquello (por ejemplo, en un sueño) testimonia una mala comprensión del conjunto de la situación analítica y de esta sobreestimación de determinados detalles a la que hacemos alusión continuamente. Estos detalles pueden tener tal significación en un caso y tal otra en uno diferente. El mismo símbolo puede tomar o tener otra significación para el mismo paciente en una relación diferente, una situación diversa, bajo la presión o al término de resistencia. Hay muchas cosas en el análisis que dependen de pequeños detalles, de hechos aparentemente anodinos, como la entonación, los gestos o la mímica; muchas cosas dependen de una interpolación acertada, de un encadenamiento significativo, del *sentido* que toman las palabras del paciente a la luz de su comentario consciente con ayuda de nuestra interpretación. La técnica de la traducción ha olvidado en provecho de la traducción “justa” del detalle que el todo, es decir, la *situación analítica del paciente en cuanto tal* posee también una significación e incluso la más importante; es siempre la comprensión del conjunto la que da la buena interpretación de detalle a las partes traducidas, en esta ocasión sin dificultades ningunas, mientras que el fanatismo de la traducción conduce a la sistematización y resulta estéril en el plano terapéutico.” (1924a, p. 3-4)

d) Un indicador de neurosis y de la necesidad de análisis, tanto para el paciente como para el analista, es la *compulsión a analizar*:

“Es fácil reconocer a los analistas no analizados (silvestres) y a los pacientes incompletamente curados, en que sufren una especie de “compulsión a analizar”; la movilidad libre de la libido tras un análisis acabado permite por el contrario dirigir el conocimiento propio y el dominio propio analíticos, sin que esto impida gozar simplemente de la vida. El resultado ideal de un análisis acabado es precisamente esta elasticidad que la técnica exige también al analista.” (1928, p. 7)

e) Se practica el análisis como si el objetivo fuera analizar hasta el fin los complejos definidos por la teoría. El psicoanálisis no consiste en analizar complejos. La intervención analítica no consiste en constatar el complejo de Edipo, ni siquiera repetirlo con el analista, sino en liberar la libido de los objetos edípicos.

“...se ha practicado el análisis como si fuera necesario “analizar hasta el fin” un complejo tras otro. Del mismo modo, se ha intentado también tratar toda la personalidad como una suma de complejos paternal, maternal, fraternal, sororal, etc. En realidad, era fácil reunir un material relativo a estos complejos, porque todo ser humano los posee y se ve obligado, de una forma u otra, a relacionarse con las personas y las cosas que le rodean. La enumeración sistemática de los complejos o de los indicios de complejo ha podido tener su lugar en la psicología descriptiva pero no en el tratamiento analítico del neurótico (...) Aunque una presentación científica tan llana pareciera a veces inevitable, no había sin embargo motivo para introducir estas mezquinas ideas en la técnica. El análisis de los complejos conducía fácilmente al paciente a resultar agradable al analista sirviéndole a voluntad el “material complexual”, pero guardándose muy bien de revelarles sus verdaderos secretos inconscientes. Así se llegaba a informes clínicos en los que los pacientes contaban recuerdos redondeando sus narraciones, cosa a la que nunca se llega en los análisis sin presupuesto, y en la que no es difícil ver el fruto de esta “cultura del complejo”. Resultados de este tipo iban a ser utilizados naturalmente tanto de forma subjetiva para justificar su propia técnica e interpretación, como de otra manera para servir a conclusiones y demostraciones teóricas.” (1924a, p. 4-5)

“... lo esencial de la intervención analítica propiamente dicha no consiste ni en la constatación de un “complejo de Edipo” ni en la simple repetición de la relación egipciana respecto al analista, sino más bien en la disolución o el *desarraigo de la libido infantil* de su fijación a los primeros objetos.” (1924a, p. 10)

f) Es muy fácil para la resistencia del paciente desplazarse hacia la esfera intelectual, quedándose obstaculizado de esa manera el análisis:

“Es bien sabido y convendría tenerlo en cuenta que el deseo de enseñar y el de aprender crean una actitud psíquica poco favorable al análisis. Esto vale también para quienes emprenden un análisis con el solo objetivo de aprender (lo que se llama el análisis didáctico). Es muy fácil para la resistencia desplazarse a la esfera intelectual (ciencia) y quedar de este modo sin explicación [las dos últimas oraciones, a pie de página en el texto original].” (1924a, p. 7)

g) Paciente y analista depositan en el análisis *un excesivo saber del lado del analista* y este cree que *conoce, por adelantado*, todos los elementos de una estructura compleja:

“Como ya hemos indicado, las dificultades técnicas han surgido de un *excesivo saber* del analista. De este modo, la importancia de la teoría del desarrollo sexual elaborada por Freud ha conducido a muchos analistas a utilizar determinados *autoerotismos* y *sistemas de organización de la sexualidad*, que nos permitían al principio comprender el desarrollo sexual normal, de manera errónea y excesivamente dogmática en el tratamiento de las neurosis. La verdadera tarea analítica ha sido descuidada en algunos casos en provecho de la búsqueda de los elementos constitutivos de la teoría sexual.” (1924a, p. 4-5)

“La técnica no trata de separar escolarmente todas las fases -por así decir prescritas- del desarrollo libidinoso y menos aún de convertir el descubrimiento de todos los detalles y jerarquías constatados teóricamente en un principio del tratamiento de las neurosis. Es también superfluo en la práctica descubrir todos los elementos fundamentales de una “estructura altamente compleja”, conocidos en principio por adelantado, mientras no se tenga ninguna idea del vínculo psíquico que une un pequeño número de elementos fundamentales con fenómenos siempre nuevos y diferentes.” (1924a, p. 6)

h) La literatura psicoanalítica ha descuidado y sub-estimado el factor técnico-terapéutico, en provecho de escritos teóricos. Efecto de esto, los resultados teóricos repercuten mecánicamente sobre la técnica, obstaculizando los análisis:

“De hecho, no puede negarse la aparición estos últimos años de una creciente desorientación entre los analistas, sobre todo en lo que concierne a los problemas técnicos planteados por la práctica. En contraste con el rápido desarrollo de la teoría psicoanalítica, la literatura ha descuidado singularmente el factor técnico-terapéutico, que, sin embargo, ha constituido el núcleo primitivo del asunto y la directriz verdadera de cualquier progreso importante de la teoría. Podría sacarse la impresión de que la técnica no ha adelantado entretanto, tanto más cuanto que el propio Freud siempre ha dado pruebas, como se sabe, de una extrema reserva en este campo y ni siquiera ha publicado una sola obra de orden técnico desde hace diez años.” (1924a, p. 1)

“La *importancia científica de un desarrollo correcto de la técnica* ha sido descuidada hasta el presente y es ya tiempo de estimarla en su justo valor. Los resultados teóricos no deben repercutir sobre la técnica de forma tan mecánica como lo han hecho hasta ahora; y además es preciso realizar una *corrección constante de la teoría* mediante los nuevos conocimientos aportados por la *práctica*.” (1924a, p. 10)

i) La propensión a la especulación es una manera defensiva de evitar las dificultades técnicas:

“Resultaba además desconcertante ver simples datos clínicos unidos enseguida a *especulaciones* sobre el porvenir, el ser y la nada, y éstas introducidas en la práctica analítica a título de reglas definitivas, mientras que el propio Freud no ha dejado de indicar su carácter hipotético en sus últimos trabajos de síntesis. Esta, propensión a la especulación parece que no fue sino un medio de esquivar dificultades técnicas penosas.” (1924a, p. 6)

j) Los analistas se han aferrado rígidamente a los escritos técnicos de Freud, incluso en contra de la misma indicación freudiana de sugerir para cada analista la necesidad de una adecuación de la técnica a su propio carácter singular:

“También se explica que la mayoría de estos analistas, reducidos al estudio de la literatura, se hayan aferrado con excesiva rigidez a estas reglas técnicas y hayan sido incapaces de articularlas con los progresos conseguidos mientras tanto por la ciencia psicoanalítica.” (1924a, p. 2)

Cuando Ferenczi le envió a Freud su escrito *Elasticidad de la técnica psicoanalítica*, Freud respondió en la carta del 4 de enero de 1928:

“El título es excelente y merece ser aplicado a más. Ya que las recomendaciones sobre técnica que di entonces eran esencialmente negativas. Consideraré como lo más importante a enfatizar lo que uno no debe hacer, para demostrar las tentaciones [resistencias] que operan contra el análisis. Casi todo lo positivo que uno debe hacer lo dejé librado al ‘tacto’, que ha sido introducido por usted. Pero lo que conseguí con eso fue que los obedientes no se dieron cuenta de la elasticidad de estas disuaciones y se sujetaron a ellas como si se tratara de tabúes. Esto tenía que ser revisado algún día, sin, por supuesto, dejar de lado las obligaciones.” (Freud y Ferenczi, 1920-1933: p. 332)

k) No es azaroso que las dificultades y los obstáculos técnicos se produzcan a propósito de la transferencia y la resistencia:

“No es un azar el que los errores técnicos se produzcan precisamente a propósito de las manifestaciones de transferencia y de resistencia. Se ha dejado fácilmente sorprender por estos sentimientos elementales en el análisis y, cosa notable, se ha olvidado precisamente en este caso la teoría que habían colocado en primer plano a la fuerza. Es posible que se deba a un factor subjetivo en el médico.” (1924a, p.8)

l) El narcisismo del analista es una gran fuente de obstáculos técnicos (vanidad del analista, necesidad del paciente de seducir al analista, desvío de la verdadera tarea analítica, promoción de angustia y culpa en el paciente):

“El *narcisismo del analista* parece apropiado para crear una fuente de errores particularmente abundante en la medida en que suscita a veces una especie de *contratransferencia* narcisista que lleva a los analizados a poner en relieve las cosas que envanecen al médico y, por otra parte, a reprimir las observaciones y asociaciones favorables que le afectan. Estas dos actitudes son técnicamente erróneas. La primera, porque puede producir en el paciente mejorías cuyo único efecto es seducir al analista y ganar su simpatía libidinosa, la segunda, porque desvía al analista de una tarea técnica, la que consiste en descubrir los signos de crítica débiles ya y en general tímidos, y que además impiden también conducir al paciente a que se exprese y reaccione abiertamente. La angustia y el sentimiento de culpabilidad del paciente no pueden nunca ser superados en esta autocrítica del analista -que por otra parte exige bastantes esfuerzos- y sin embargo estos dos factores afectivos son esenciales para el surgimiento o el mantenimiento del rechazo.

En cuanto a otra fórmula que sirviera para disimular la insuficiencia técnica, algunos analistas la han hallado en una declaración de Freud según la cual el *narcisismo del paciente* constituía sin duda un límite a la influencia del analista. Cuando el análisis no iba demasiado bien, se consolaban diciendo que el paciente era “demasiado narcisista”. Y como el narcisismo forma parte más o menos de cualquier proceso psíquico en cuanto une las aspiraciones del Ego y las de la libido, no era muy difícil hallar en los hechos y gestos del paciente pruebas de su “narcisismo.” (1924a, p. 8-9)

m) Se lleva a cabo una exclusión artificial de toda humanidad del análisis y una sobre-teorización del vínculo analítico:

“Hay que mencionar a este respecto una regla importante de la técnica psicoanalítica: la regla que concierne a las relaciones personales entre médico y enfermo. Al exigir, por principio, abstenerse de cualquier contacto personal fuera del análisis, se ha llegado en general a una exclusión bastante

artificial de toda humanidad en el marco mismo del análisis y por ello a teorizar una vez más el sentimiento analítico.” (1924a, p. 8)

n) La técnica analítica no debe ser algo rígido, sino elástico o flexible, de acuerdo a cada situación particular de la transferencia:

“Acepto como mía la expresión “elasticidad de la técnica analítica” forjada por un paciente. Hay que ceder a las tendencias del paciente, como si se tratara de un hilo extensible, pero sin abandonar la atracción en la dirección de las propias opiniones, mientras la ausencia de consistencia de una u otra de estas posiciones no quede plenamente demostrada.” (1928, p. 5)

ñ) La técnica analítica se trata de una cuestión de *tacto psicológico*, y de una capacidad de *sentir-con-el-otro* o de *empatía*:

“Estoy convencido de que se trata ante todo de una cuestión de *tacto* psicológico, de saber cuándo y cómo se comunica algo al analizado, cuándo puede estimarse que el material proporcionado es suficiente para sacar conclusiones, en qué forma debe ser presentada la comunicación, cómo puede responderse a una reacción inesperada o desconcertante del paciente, cuándo debe uno callarse y esperar otras asociaciones, y en qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente. Como pueden ver, con la palabra “tacto” sólo consigo expresar la indeterminación en una fórmula simple y agradable. ¿Pero qué es el tacto? La respuesta a esta pregunta no es difícil. El tacto es la facultad de “*sentir con*” [Einfühlung, empatía].” (1928, p. 2)

“No hay nada más perjudicial para el análisis que una actitud de maestro de escuela o de médico autoritario. Todas nuestras interpretaciones deben tener el carácter de una proposición más que el de una afirmación cierta, y esto no sólo para no irritar al paciente, sino porque podemos efectivamente equivocarnos. La vieja costumbre de los comerciantes que consiste en añadir al fin de cada factura la señal “S.E.” (*salvo errore*: salvo error) también debiera aplicarse respecto a toda interpretación analítica. Por lo mismo, la confianza en nuestras teorías sólo debe ser una confianza convencional, pues puede darse el caso de la famosa excepción a la regla, o incluso puede necesitarse modificar algún aspecto de la teoría en vigor hasta entonces. Ya me ha ocurrido que un paciente sin cultura, en apariencia ingenuo, lanzó contra mis explicaciones objeciones que yo estaba dispuesto a rechazar de entrada; un examen más detenido me mostró que no tenía yo razón, sino el paciente, y que su objeción me había ayudado a captar mejor la cuestión de que se trataba. La *modestia del analista no es una actitud aprendida, sino más bien la expresión de la aceptación de los límites de nuestro saber*. Señalemos de paso que posiblemente es éste el punto en el que, con la ayuda de la palanca psicoanalítica, comienza a variar la actitud anterior del médico. Compárese nuestra regla de “sentir con”, con la soberbia habitual que utiliza el médico omnisciente y omnipotente para enfrentarse con el enfermo.” (1928, p. 5)

“Debo señalar una vez más que sólo una verdadera disposición para “sentir con” puede ayudarnos; los pacientes perspicaces desenmascararán rápidamente cualquier pose prefabricada.” (1928, p. 5)

Como se advierte, cada uno de estos puntos se conecta con los otros dando un conjunto coherente de olvido de la técnica y problemas transferenciales. Tratemos ahora las tres grandes propuestas o aportes de Ferenczi al tema: 1. la técnica activa, 2. el principio de relajación, y 3. el análisis mutuo.

Digamos, a título de advertencia metodológica para el lector: la relación de Ferenczi con Freud es muy

compleja, así como todo vínculo humano. Para asomarse apenas a una medida de esta complejidad hace falta leer no sólo sus escritos, sino también la correspondencia completa entre ellos, que se extiende desde 1908 hasta 1933, llenando tres extensos volúmenes de páginas; hace falta leer el *Diario clínico* de Ferenczi, escrito a lo largo de 1932; y acaso haga falta también haber compartido algunas de las muchas vacaciones y viajes que ambos compartieron en sus vidas. Ferenczi y Freud nunca se distanciaron, a pesar de que cada uno tenía sensibilidades marcadamente muy diferentes; fueron grandes amigos, y como toda relación, estuvo atravesada por contradicciones y ambivalencias; siempre se respetaron. Nada de lo que digamos aquí debe ser leído entonces a favor de Ferenczi y contra Freud, ni al revés. En todo caso de experiencias, preguntas y reflexiones a favor de la técnica analítica.

## LA TÉCNICA ACTIVA

Lo que Ferenczi llama “técnica activa” podría considerarse en la historia del psicoanálisis como un antecedente técnico de desarrollos posteriores muy diversos: el concepto de *juego* en Winnicott (1971), el concepto de *terapia focalizada* de Balint (Balint, M., Ornstein, P. H. y Balint, E., 1985), el concepto de *acto analítico* en Lacan (1967-1968).

En *Los caminos de la terapia psicoanalítica* Freud se refirió expresamente a él:

“...el desarrollo de nuestra terapia emprenderá quizá otros caminos, ante todo aquellos a los que Ferenczi ha dado el nombre de *psicoanálisis activo* en su reciente trabajo sobre ‘Las dificultades técnicas del análisis de una histeria’. Veamos, rápidamente, en qué puede consistir esta conducta *activa* del analista (...) ¿debemos acaso abandonar por completo al enfermo la empresa de vencer las resistencias que le hemos revelado? ¿No podemos prestarle en ella más ayuda que la emanada por la transferencia? ¿No será más natural continuar nuestro apoyo colocándolo en la situación psíquica más favorable a la solución deseada del conflicto? Su afección depende también de múltiples circunstancias exteriores. ¿Habremos de reparar en modificar esta constelación, interviniendo en ella de un modo adecuado? A mi juicio, semejante *actividad* del médico analítico está más que suficientemente justificada.” (Freud, 1918: p. 2459)

El único reparo que estableció fue el principio de abstinencia, sobre el cual volveremos más adelante cuando el mismo Ferenczi se refiere a él:

“Como veréis, se abre aquí a la técnica analítica un nuevo campo, cuya exploración exigirá una penetrante labor, conforme a reglas especialísimas. No he de intentar iniciarlos hoy en esta técnica, todavía en formación, y me limitaré a hacer resaltar un principio que constituirá seguramente la norma fundamental de nuestra acción en este nuevo campo. Helo aquí: *La cura analítica ha de desarrollarse, dentro de lo posible, en la abstinencia.*” (Freud, 1918: p. 2459)

En el escrito *Dificultades técnicas en un análisis de histeria* (1919) hallamos una primera presentación del concepto. Ferenczi se refiere al tratamiento de un caso de histeria donde el estancamiento de la transferencia y de la cura le sugirió dos intervenciones. La primera consistió en poner una fecha límite para el tratamiento. Esto funcionó, sólo parcialmente. Llegada la fecha en cuestión, el tratamiento había avanzado, pero no estaba concluido, y Ferenczi despidió a la paciente, quien deja el análisis satisfecha con los resultados obtenidos. Pero al cabo de unos meses la paciente sufrió un decaimiento y volvió a consultar, debiendo reemprenderse la cura. La segunda intervención consistió en indicar a la paciente que no cruzara sus piernas, mientras estaba recostada en el diván. Ferenczi había notado que la paciente se refería a “sensaciones eróticas genitales” y que durante toda la sesión mantenía sus piernas cruzadas. Explicó luego a la paciente que esto podría tratarse de una manera inconsciente de masturbación:



“He de calificar de fulminante el efecto producido por esta medida. La paciente, a quien se prohibió este modo habitual de descarga sobre el plano genital, comenzó a sufrir durante las sesiones una agitación física y psíquica casi intolerable; no podía permanecer tranquilamente acostada y tenía que cambiar de posición constantemente” (Ferenczi, 1919: p. 1)

De esta manera se explica Ferenczi lo ocurrido y lo comparte en su escrito:

“[En el caso referido]...me vi obligado a abandonar el papel pasivo que habitualmente desempeña el psicoanalista en la cura y que se limita a escuchar e interpretar las asociaciones del paciente, y tuve que ayudar a la enferma a superar los puntos muertos del trabajo analítico, interviniendo activamente en sus mecanismos psíquicos.”

“Tras el descubrimiento de la transferencia y de la “técnica activa” podemos decir que el psicoanálisis dispone, además de la observación y de la deducción lógica (interpretación), del método experimental. Lo mismo que en la experimentación animal es posible, ligando las grandes redes arteriales, elevar la presión sanguínea en zonas alejadas, nosotros podemos y debemos hacerlo en determinados casos, destruir las vías inconscientes de descarga de la excitación psíquica para obligarla, gracias al “aumento de presión” de la energía así obtenida, a vencer la resistencia opuesta por la censura y a establecer un “bloqueo estable” mediante sistemas psíquicos superiores.” (1919, p. 3)

Con los años, el concepto de Ferenczi fue tomando popularidad, y con ello recibiendo muchas críticas, alabanzas y distorsiones, frente a las cuales el mismo autor fue respondiendo en escritos posteriores. Una vez un colega le dijo: “Ya sé qué es la técnica activa: consiste en retrotraer el prepucio al paciente” (Ferenczi, 1926: p. 6). En efecto, Ferenczi había indicado a un paciente que tuviera durante todo el día el “prepucio retraído”. Y en muchas referencias del autor vemos que los ejemplos de técnica activa consisten en sugerir al paciente que se masturbe, o al contrario, que deje de hacerlo. ¿Cómo debemos leer en el año 2016 estos ejemplos de 1919? Creemos que un gran signo de la psicopatología de la época, y más aún de la población de pacientes con las que trabajaban Freud o Ferenczi, es la *represión de la sexualidad*. No está claro que eso ocurra de la misma manera en la actualidad, donde algunos autores hablan de un desplazamiento hacia una *represión del amor*. En este sentido no nos sorprende que Ferenczi se encontrara ante la necesidad de autorizar al paciente a una experiencia no censurada de masturbación, y en otros casos a prohibirla deliberadamente<sup>3</sup>.

Pero estos ejemplos no agotan en absoluto el concepto de técnica activa:

“He tenido ocasión de recurrir a estas medidas en muchos casos en los que se trataba no sólo de estimular y dirigir tendencias eróticas -como en el presente-, sino también actividades muy sublimadas. A la vista de ciertas señales, incité a una paciente, que, aparte de ingenuas tentativas en la pubertad, nunca había compuesto versos, a expresar por escrito las ideas poéticas que se le ocurrieran.” (Ferenczi, 1920: p. 5)

En otro caso se refiere a una joven cantante que padecía de fobias y temores obsesivos, efecto de lo cual se veía impedida de cantar en público. Ferenczi le pidió que cante en la sesión misma:

---

3     .- En 1880 el médico inglés Mortimer Granville inventa el primer vibrador eléctrico, que los médicos usaban para tratar la histeria. El vibrador vino a reemplazar los masajes que los médicos hacían de manera manual. De acuerdo al discurso médico de la época se trataba menos de una experiencia de placer que del tratamiento por masajes de una enfermedad, que para aquella época hacía epidemia. La película *Hysteria* del año 2011 narra parte de esta historia, en un formato de comedia romántica.

“... fueron necesarias casi dos sesiones antes de que se decidiera a cantar la canción tal como se la imaginaba. Se interrumpió muchas veces en medio de las estrofas porque se sentía molesta, cantó inicialmente con voz débil e insegura hasta que, animada por mis palabras, se decidió a cantar más fuerte, y terminó por desplegar su voz progresivamente denotando ser una excelente soprano. La resistencia no cedió, sin embargo: me confesó, no sin reticencia, que su hermana acostumbraba a cantar la cancioncilla acompañándola con gestos expresivos e inequívocos, y ejecutó algunos movimientos torpes con los brazos para ilustrar el comportamiento de su hermana. Por último, le pedí que se levantara y repitiera la canción exactamente como la ejecutaba su hermana. Tras numerosas tentativas fracasadas por accesos de desánimo, demostró ser una perfecta cantante, con la misma coquetería en la mímica y el gesto que había observado en su hermana. En adelante pareció que la complacía realizar estas exhibiciones y trató de consagrar a ellas las sesiones de análisis. En cuanto me apercibí le dije que ya conocíamos su talento y que tras su modestia se ocultaba un notable deseo de complacer, ahora se trataba de trabajar y había que dejar la danza. Resulta sorprendente cómo favoreció el trabajo este pequeño intermedio: le sobrevinieron recuerdos que hasta entonces nunca había evocado y que se referían a su primera infancia, a la época en que nació un hermanito que ejerció sobre su desarrollo psíquico un efecto verdaderamente funesto y la había convertido en una niña tímida y ansiosa, al mismo tiempo que excesivamente osada.” (1920, p. 4)

¿Qué es entonces la técnica activa? El concepto debe analizarse por confrontación con lo que Ferenczi llama *técnica pasiva*, calificando la técnica analítica freudiana clásica como una técnica esencialmente pasiva, aun cuando podamos pensar que escuchar las asociaciones del paciente y realizar interpretaciones supone una gran cuota de actividad:

“El psicoanálisis tal como lo utilizamos actualmente es una práctica cuyo carácter más saliente es la pasividad. Pedimos al paciente que se deje guiar sin ninguna crítica por “lo que le venga a la mente”; sólo hay que comunicar estas ideas sin reservas, superando la resistencia que se encuentre. En cuanto al médico, no debe concentrar su atención con una intención cualquiera (por ejemplo, el deseo de curar o de comprender), sino que se abandonará -también de modo pasivo a su imaginación y jugará con las ideas del paciente.” (Ferenczi, 1920: p. 2)

No se trata para el autor de pensar en la “pasividad” como algo peyorativo ni en la “actividad” como algo laudatorio en sí mismo. Pero sí de analizar las instancias o las cuotas de pasividad y actividad que refiere a la técnica del analista. Uno de los grandes indicadores que ofrece al analista la necesidad de abandonar la técnica pasiva y adoptar una técnica activa son los momentos de estancamiento del análisis. Ferenczi lo llama “la tranquilidad confortable aunque engañosa de un análisis estancado.” (1920, p. 10) Tal vez sea más cómoda para el analista la técnica pasiva, pero allí donde el análisis está estancado, ya sea porque no se produce ninguna entrada al análisis, porque el análisis se detiene en algún aspecto o momento de la transferencia, o porque se vuelve interminable... es una función del analista adoptar una técnica activa, sea lo que sea lo que haga o no haga<sup>4</sup>, pero se trata de una función que se inscribe de su lado. Aunque en otros pasajes Ferenczi se ha encargado de señalar un matiz sobre este punto: no se trata sólo de la actividad del analista sino también de la del paciente (Ferenczi, 1920: p. 3), y aún más, no se trata en absoluto de la actividad del analista, sino de su función para “animar” una actividad en el paciente, de modo que es el paciente el que debe volverse nuevamente activo o salir de la pasividad (Ferenczi, 1926: p. 4). Como sea, desde la perspectiva de la transferencia, podemos decir que esas dos personas que están hablando, deberán hacer algo, si esa conversación se encuentra con un “punto muerto” o un “estancamiento”, como ocurre en todo vínculo y situación humana.

Esta “actividad” consistió en una primera experiencia para Ferenczi en dar “órdenes” y “prohibiciones”

---

4 .- Porque nada impide pensar que no hacer algo puede ser también una forma de actividad.

(Ferenczi, 1920: p. 5), por ejemplo: deje de cruzar las piernas, escriba poemas, cante la canción, etc. Pero debido al fracaso de algunas experiencias del propio Ferenczi, y al modo como esto fue interpretado por algunos analistas, re-definió la idea original de “órdenes” y “prohibiciones” en consignas más bien elásticas que rígidas, y en todo caso sujetas a una evaluación conjunta con el paciente, incluso experimental, de los efectos que esa actividad podría producir:

“...estas consignas representan un peligro; conducen al médico a imponer su voluntad al paciente en una repetición efectivamente parecida a la situación padre-hijo, o a permitirse actitudes más bien sádicas propias de un maestro de escuela. Finalmente he renunciado a imponer o prohibir determinadas cosas a los pacientes y he tratado más bien de obtener su consenso intelectual para las medidas proyectadas, dejando a continuación que sean ellos mismos quienes las ejecuten. De este modo presento las medidas de forma que no me siento vinculado hasta el punto de no poder desaprobárselas provisionalmente o incluso de forma definitiva cuando surgen dificultades insuperables por parte del paciente. Nuestras consignas activas no deben ser por tanto, según la expresión de un colega al que he analizado, de una estricta intransigencia, sino de clara elasticidad. Si se actúa de otro modo, se empuja al paciente al abuso de estas medidas técnicas. Los pacientes, en particular los obsesivos, no desaprovecharán la ocasión de rumiar interminablemente las directrices dadas por el médico y de prolongar su realización.” (Ferenczi, 1926: p. 2)

Desde un punto de vista teórico describe la actividad como la estimulación de lo que está inhibido, y la inhibición de lo que no lo está, con la intención de provocar “una nueva repartición de la energía psíquica” del paciente (Ferenczi, 1920: p. 10). En este sentido la técnica activa recae por definición sobre los factores libidinales y afectivos de la transferencia, con el propósito de animar el análisis:

“La actividad, en el sentido aquí definido, provoca esencialmente un aumento de las resistencias irritando la sensibilidad del Ego. Supone un crecimiento de la exacerbación de los síntomas al aumentar la violencia del conflicto interno. Las intervenciones activas recuerdan así a los tratamientos reactivantes a los que se recurre en medicina cuando existen determinados procesos crónicos o reincidentes; un catarro de las mucosas hecho crónico es refractario a cualquier tratamiento, y la exacerbación agudizada por la reactivación artificial no sólo conduce al descubrimiento de los focos latentes de la enfermedad sino que despierta también fuerzas de defensa en el organismo que pueden ser utilizadas en el proceso de curación.” (Ferenczi, 1920: p. 10)

Si la técnica activa involucra por momentos irritar la sensibilidad del paciente<sup>5</sup>, se entiende que sea más cómoda para el analista la situación de la técnica pasiva:

“Pero ello conduce fácilmente en la práctica a querer ahorrar al paciente el dolor de intervenciones necesarias y abandonar en exceso la dirección de sus asociaciones y la interpretación de sus ideas. La *actividad* moderada, pero enérgica si es preciso, que exige el análisis reside en el hecho de que el médico acepta en cierta medida realizar el papel que le es prescrito por el inconsciente del paciente y su tendencia a la huida.” (Ferenczi, 1924a: p. 9-10)

Por otro lado señala la posición de algunos pacientes que explotan hábilmente la técnica pasiva para desplegar su neurosis en la transferencia. En este caso no diríamos que se trata de un punto muerto del

---

5 .- Esta idea de Ferenczi coincide por lo menos parcialmente con la idea que Lacan desarrolla en el Seminario 24: el analista en su función de “perturbar la defensa”.

análisis lo que requiere la actividad del analista, pero sí de una vía neurótica de la transferencia a la que el analista deberá considerar en qué medida va a consentir o no, y por cuánto tiempo:

“Algunos pacientes de tendencia fuertemente “masoquista” explotan hábilmente esta “técnica pasiva” para hacer ellos mismos interpretaciones a “nivel subjetivo”, gracias a lo cual pueden satisfacer a la vez sus tendencias a torturarse y oponer una increíble resistencia a la interpretación profunda.” (Ferenczi, 1924a: p. 10)

En *Las fantasías provocadas* (1924b) trató otro modo de la técnica activa que no consiste en ninguna consigna puntual, sino en animar o disuadir algunos pensamientos o fantasías del paciente (Ferenczi, 1920: p. 6). Y en algunos momentos donde el paciente no se le ocurre nada, ofrecer él mismo una producción acerca de lo que habría pensado, dicho, o sentido, en tal o cual situación (Ferenczi, 1924b: p. 2), con el efecto de re-animar al paciente en sus asociaciones y producciones, las cuales naturalmente deben tomarse por el verdadero objeto del análisis.

Así definida, la técnica activa no es en sí misma una técnica, u otra técnica que reemplaza a la técnica clásica freudiana. Se trata de un “artificio”, un recurso “auxiliar”, o un “complemente” de la técnica clásica:

“...mi propósito era y sigue siendo el situar a los pacientes en un estado en el que puedan seguir la regla de la libre asociación con ayuda de determinados artificios y llegar de este modo a provocar o a acelerar la investigación del material psíquico inconsciente. Por lo demás, estos artificios no son necesarios más que en casos excepcionales. La mayoría de los enfermos pueden desarrollar su cura sin “actividad particular” por parte del médico o del paciente, y cuando sea preciso mostrarse más activo, la intervención debe limitarse a lo estrictamente necesario.

En cuanto se supera el estancamiento del análisis que es la justificación propiamente dicha y la razón de ser de la modificación en cuestión, el especialista retornará lo más rápidamente posible a la actitud de receptividad pasiva que crea para el inconsciente del médico las condiciones más favorables para una colaboración eficaz.” (1920, p.1)

Si bien observa Ferenczi que no existe ningún tipo de neurosis para cuyo tratamiento no deba aplicarse eventualmente la técnica activa (1920, p. 2), también señala que no debe utilizarse sino hasta haber agotado previamente todos los recursos que ofrece la técnica clásica:

“De momento no puedo dar más que una formulación negativa diciendo que no puede recurrirse a la actividad si no se está en posición de afirmar con alguna certeza que todos los medios existentes de la técnica no activa, o sea, más pasiva, ya han sido empleados.” (Ferenczi, 1926: p. 2)

La técnica activa o lo que ella persigue no es un fin en sí mismo del análisis, sino apenas un medio o un principio. En este sentido Ferenczi se encarga expresamente de observar que la técnica activa no debe comprenderse en el sentido de dar consejos o tratar sugestivamente al paciente:

“...lo único que no conviene perder nunca de vista es que esta técnica no puede ser calificada de psicoanalítica más que en la medida en que no se utiliza como un fin en sí, sirviendo sólo como medio de investigación en profundidad.” (Ferenczi, 1920: p. 7)

“...este procedimiento sirve únicamente como ayuda para precipitar la aparición de un nuevo material cuya *interpretación* es la principal tarea del análisis.” (Ferenczi, 1926: p. 4)

Por otro lado, no recae sobre problemas morales sino sobre situaciones muy concretas relativas a la transferencia:

“Las directrices que propongo dar al paciente -y esto, según hemos dicho, sólo en casos excepcionales- no afectan en absoluto a la conducta espiritual o práctica de la vida en general, sino que se refieren tan sólo a determinadas acciones particulares. No están orientadas *a priori* hacia la moral, sino sólo *contra el principio de placer*; no frenan el erotismo (lo “inmoral”) más que en la medida en que confían en apartar de este modo un obstáculo para la práctica del análisis. Pero puede suceder también que se permita e incluso se estimule una tendencia erótica que el paciente rechaza.” (Ferenczi, 1920: p. 9)

Es una mala interpretación de la técnica activa creer que con ella se resolverán a partir de una única intervención los síntomas o los obstáculos del análisis. La técnica activa no ahorra en absoluto el trabajo analítico por hacer, tanto el que le toca al paciente como aquel que lo toca al analista:

“Las críticas no han sido, sin embargo, menos desagradables que las alabanzas excesivas de algunos jóvenes psicoanalistas que han querido ver en la actividad la aparición de una especie de libertad psicoanalítica en la que claramente se trataba para ellos nada menos que de suprimir la necesidad de mantenerse en la áspera vía de la teoría psicoanalítica, siempre muy compleja; un valiente corte activo llegaría incluso a romper de un solo golpe los nudos terapéuticos más embarullados.” (Ferenczi, 1926: p. 1)

Bajo el título de *Contraindicaciones de la técnica activa* (1926) Ferenczi se encargó de reunir algunas aclaraciones respecto de la misma.

a) La técnica activa, en tanto se dirige contra el principio del placer y requiere de una transferencia positiva con el analista, nunca debe utilizarse al comienzo de un análisis, de otro modo se impediría la manifestación espontánea de la transferencia y se perturbaría la relación analítica (Ferenczi, 1920: p. 6; 1926, p. 1).

b) Sólo debe utilizarse cuando se está en perfecto dominio de la técnica clásica (Ferenczi, 1920: p. 10), de modo que los jóvenes analistas deben abstenerse de su uso hasta alcanzar dominio y experiencia sobre la técnica no activa (Ferenczi, 1924b: p. 5), de otro modo se corre el riesgo de realizar intervenciones pre-analíticas, sugestivas o autoritarias (Ferenczi, 1926: p. 1 y 2).

c) Se requiere “una gran experiencia para evaluar lo que puede imponerse al paciente” (Ferenczi, 1926: p.1). Si no se está seguro de lo que ocurre en la transferencia, será mejor escuchar, no tomar ninguna medida activa específica, hasta que no se tenga en claro de qué se trata la situación. La técnica activa, si bien no es una intervención que opere mecánicamente, tampoco es un ensayo que funcione a la manera de prueba y error. Resulta de una lectura y un cálculo del analista a partir de la situación transferencial.

d) Se requiere esperar bastante tiempo antes de poder realizar “de manera positiva y plausible, una indicación de actividad para cada tipo de neurosis” (Ferenczi, 1926: p. 2). Y en cada análisis deberán considerarse de manera singular cuáles serán las actividades necesarias, y en qué momentos éstas deberán intervenir.

Ferenczi se refiere metafóricamente a la transferencia en términos de temperatura. De manera tal que la técnica activa puede intervenir tanto para “calentar” la transferencia, si es necesario, como para “enfriarla”:

“Si no se consigue llevar al paciente a lo que Freud llama la “temperatura de ebullición del amor de transferencia”, en la que se basan incluso los rasgos de carácter más difíciles, puede hacerse una última tentativa y recurrir al método opuesto asignando al paciente tareas que le resulten desagradables, es decir, exacerbar por el método activo y desarrollar plenamente llevándolos hasta el absurdo los rasgos de carácter que a menudo sólo existen en estado embrionario.

Es inútil subrayar que tal exacerbación puede suponer fácilmente la ruptura del análisis: pero si el paciente resiste esta prueba, nuestro esfuerzo técnico puede verse compensado por un rápido progreso.”

“Freud ha dicho que con los niños la reeducación analítica no puede dissociarse de las tareas actuales de la pedagogía. Pero los neuróticos, sobre todo en el análisis, tienen algo de infantil, y en realidad se ve uno obligado a enfriar la transferencia un tanto impetuosa mediante una cierta reserva, o a mostrar a los más reacios un poco de benevolencia con el fin de establecer con estas medidas la “temperatura óptima” de la relación entre médico y enfermo. El médico, sin embargo, nunca debe despertar en el paciente esperanzas a las que no pueda o no deba responder; tiene que asegurar hasta el fin de la cura la sinceridad de cada una de sus declaraciones. Pero en el marco de la mayor sinceridad hay lugar para medidas prácticas respecto al paciente. Cuando se alcanza este “*optimum*” deja uno de preocuparse de esta relación para consagrarse rápidamente a la tarea principal del análisis, la investigación del material inconsciente e infantil.” (Ferenczi, 1920: p. 8)

En relación con la duración del análisis, la preocupación de Ferenczi es menos apurar el análisis que mantenerlo en movimiento. Y en este sentido es cierto que a partir de la técnica activa se consiguen efectos analíticos con mayor velocidad que con la sola técnica pasiva (Ferenczi, 1920: p. 11). Sobre la intervención de fijar una fecha límite para el fin del análisis señala que en algunos casos eso ha funcionado y en otros no (1926, p. 3). Pero aún en los casos en los que no funciona, pareciera ser una oportunidad libidinal para el paciente, considerando que el trabajo analítico que dos personas puedan hacer, encuentra un límite natural en sus respectivas disposiciones y sensibilidades. La situación de quedar por fuera del análisis o de re-emprenderlo con otro analista, naturalmente ofrece otras contingencias y posibilidades analíticas para las cuales no debemos necesariamente suponer que se toparán con los mismos puntos muertos o de estancamiento transferenciales. Dicho de otra manera: no pareciera ser una experiencia recomendable tener en análisis o estar en análisis, en un mismo punto muerto o una misma situación de estancamiento libidinal, por muchos meses o muchos años. Tal vez convendría para ese analista y para ese paciente considerar la posibilidad y la necesidad de concluir con esa experiencia, dejando abierta la posibilidad para el paciente de re-emprender otras, sean estas analíticas o no, pero que produzcan nuevamente movimientos en el deseo del sujeto.

Y en los análisis conducidos por Ferenczi, donde él señala que analista y paciente alcanzaron el final del análisis, señala también que interviene la técnica activa (1924b, p. 5). En un sentido muy general el texto de Ferenczi sugiere que en tanto es el analista el que dirige la cura, ningún momento importante de la misma se produce sin la intervención activa del analista: ya sea la entrada en el análisis, los movimientos del análisis y el final del análisis.

A partir de los escritos *Contraindicaciones de la técnica activa* (1926) y *Elasticidad de la técnica psicoanalítica* (1928) Ferenczi interroga al extremo de casi de-construir el concepto:

“Volvamos una vez más a mi “actividad” tan alabada y tan criticada. Creo estar ya en disposición de dar indicaciones precisas, pedidas por muchos, sobre el momento actual de esta medida técnica. Ustedes saben que al principio me inclinaba por prescribir, junto a la asociación libre, determinadas reglas de comportamiento, en cuanto la resistencia permitía esta sobrecarga. Más adelante la experiencia me enseñó que no debía dar órdenes ni plantear prohibiciones, sino todo a lo más aconsejar algunas modificaciones en la manera de comportarse, quedando siempre dispuesto a retiradas si se convertían en un obstáculo o si provocaban resistencias. La opinión que mantuve al principio, es decir que siempre era el paciente, y nunca el médico, quien podía ser “activo”, me ha llevado finalmente a la constatación de que debemos contentarnos con interpretar las tendencias a la actuación, ocultadas por el paciente, para apoyar las débiles tentativas de superar las inhibiciones neuróticas que subsisten aún, *sin insistir primero sobre la aplicación de medidas coercitivas, ni siquiera aconsejándolas*. Si somos

suficientemente pacientes, el enfermo acabará por preguntar si puede aventurarse a tal o cual tentativa (por ejemplo rebasar una construcción fóbica), evidentemente no hemos de rehusarle entonces ni nuestro apoyo ni nuestro ánimo, y de esta manera obtendremos todos los progresos esperados de la actividad sin irritar al paciente y sin enturbiar las relaciones entre nosotros. En otros términos: le corresponde al paciente determinar, o al menos indicar sin posible malentendido, el momento de la actividad. Pero ya se sabe que tales tentativas provocan variaciones de tensión en los sistemas psíquicos, y que se demuestra que son un instrumento de la técnica analítica al lado de las asociaciones.” (Ferenczi, 1928: p. 6)

Creemos que no se trata en absoluto de un abandono del concepto de técnica activa, sino del establecimiento de un matiz en su formulación, y del intento de precisar su verdadero estatuto y alcance en la técnica analítica. Y esto, debido a tres grandes razones que podemos considerar: 1. la primera, la propia experiencia de Ferenczi en su exploración práctica y teórica del concepto, que elaboró a lo largo de 11 años, 2. la segunda, la mal-interpretación que recibió por parte de sus lectores, y los abusos que estas interpretaciones habilitaron en los analistas de la época, 3. la tercera, el comienzo de la exploración, por parte de Ferenczi, de otro recurso técnico, el principio de relajación, que se integrará a partir de entonces, a la técnica activa.

## **EL PRINCIPIO DE RELAJACIÓN**

El principio de relajación elaborado por Ferenczi está desarrollado en un escrito de 1930, tres años antes de su fallecimiento, que se llama *Principios de relajación y neocatarsis*. Adviértase que dedicó 11 años de trabajo a la técnica activa y 1 año de trabajo al principio de relajación. Debemos analizar entonces cómo ese año de trabajo se articula con aquellos 11 anteriores, porque no resultan desechados por el autor, más bien todo lo contrario, verdaderamente capitalizados.

En este escrito Ferenczi se refiere a la técnica activa en términos de la abstinencia freudiana y como un principio de frustración. ¿Por qué? Porque la técnica activa, tanto en su manera de orden, de prohibición, de provocación de producciones psíquicas o acciones, etc., está dirigida a una situación de aumento de la tensión psíquica o contra el principio del placer.

El principio de relajación [*Gewährung*] o de dejar-hacer es lo contrario:

“...la acumulación de casos excepcionales me impulsó a formular un principio hasta entonces inédito, aunque admitido tácitamente, el principio de *dejar hacer*, que conviene a menudo admitir junto al principio de frustración. Una reflexión inmediata me condujo a la convicción de que al explicar el modo de actuación de la técnica activa, era relativamente exagerado atribuir todo lo ocurrido a la frustración, es decir a un “aumento de tensión”. Cuando yo ordenaba a una paciente que mantuviera separadas las piernas hasta entonces cruzadas, le creaba una situación de frustración libidinosa que propiciaba el aumento de la tensión y la movilización de contenidos psíquicos hasta entonces rechazados.

Pero cuando sugería a la misma paciente que abandonara la posición excesivamente rígida de toda su musculatura y se concediera mayor libertad de movimientos, resultaba injustificado hablar únicamente de aumento de tensión, porque este abandono de la rigidez de la paciente planteaba dificultades. Sería mucho más honesto confesar que se trataba de una medida de naturaleza distinta, a la que se podría denominar, en oposición al aumento de tensión, *relajación*. Hay que admitir entonces que el psicoanálisis trabaja en realidad con dos medios que se oponen uno a otro; produce un aumento de tensión mediante la frustración y una relajación autorizando los movimientos libres.” (Ferenczi, 1930: p. 5)

Entonces, no es lo mismo el incremento de la tensión que surge en la paciente que se ve impedida de cruzar sus piernas, que la disminución de la tensión en la paciente a la que se indica que abandone la posición rígida de su musculatura, aun cuando ambas cosas le resulten dificultosas a la paciente y al análisis.

*Gewährung* en alemán tiene todas estas acepciones: conceder, otorgar, permitir, autorizar. Como este escrito fue originalmente una ponencia de Ferenczi en un Congreso internacional de psicoanálisis, se

imagina la siguiente intervención del público:

“Si la Asociación Internacional de Psicoanálisis no fuera una sociedad tan civilizada y tan habituada a la autodisciplina, yo hubiera sido ya interrumpido en mi exposición por un tumulto general y por violentas exclamaciones, como ocurre incluso en la Cámara de los Comunes británica, por lo demás tan distinguida, al escuchar un discurso particularmente irritante. “¿Qué quiere usted en realidad?”, me gritarían algunos. “Apenas nos hemos familiarizado con el principio de frustración, que usted mismo ha expuesto en un extremo con su técnica activa, cuando viene a perturbar nuestra conciencia científica, a duras penas apaciguada, lanzando un nuevo principio desconcertante cuya aplicación nos reserva grandes dificultades.” “¿Habla usted de los peligros existentes al exagerar las frustraciones, y luego nos dice que existe un riesgo al mimar a los pacientes?”, clamaría otra voz no menos estridente. “¿Puede usted explicarnos con precisión cuándo y cómo aplicar uno u otro de estos principios?” (Ferenczi, 1930: p. 5)

A lo cual Ferenczi formula: “trabajamos desde ahora con ambos principios” (1930: p. 5).

“Adoptaré la expresión “economía del sufrimiento” para hacer comprender y enseñar, espero que sin demasiados equívocos, cómo utilizar el principio de frustración y el principio del dejar hacer.” (Ferenczi, 1930: p. 6)

“Soy consciente de que esta doble actitud de frustración y de dejar hacer, impone al analista un control riguroso de su contra-transferencia y de su contra-resistencia. Impulsos mal controlados hacen que a menudo los educadores y los padres severos cometan excesos en uno u otro sentido. No hay nada más fácil que descargar sobre los pacientes y sobre los niños, bajo la apariencia de ser una exigencia de la frustración, la satisfacción de las tendencias sádicas inconfesables de cada cual; por el contrario, maneras y cantidades excesivas de ternura respecto a los pacientes y a los niños pueden servir más a las propias tendencias libidinosas, posiblemente inconscientes, que al bien de aquellos. Estas condiciones nuevas y difíciles proporcionan un argumento, aún mas decisivo, a lo que he expresado a menudo y con insistencia: la necesidad que tiene el analista de realizar un análisis que llegue hasta los sitios más profundos, en forma que le permita controlar sus propias particularidades de carácter.” (Ferenczi, 1930: p. 10)

Adviértase entonces que a la técnica clásica, pasiva, o no activa<sup>6</sup>, de escuchar las producciones psíquicas del paciente en análisis e intervenir sobre ellas, Ferenczi añadió hasta aquí dos principios, a los cuales podemos considerar bajo la misma rúbrica de la técnica activa: el principio de frustración y el principio de relajación. En los dos principios ocurren situaciones libidinales diferentes donde interviene necesariamente la actividad del analista o para ponerlo en un término más general, la actividad de la transferencia o del análisis.

La advertencia de Ferenczi a llevar un control riguroso de la contra-transferencia y de la contra-resistencia y la posición rígida de los analistas ortodoxos de la época, sus propios colegas, lo llevó a aplicar el principio de relajación al mismo analista. A partir de allí comenzó su experiencia del psicoanálisis mutuo.

---

6 - Y aún haciendo salvedad, nuevamente, de la gran actividad que supone escuchar e interpretar. Pero señalando que se trata de otra esfera de la actividad, aquella que interviene en el plano de la palabra de aquella que interviene en el plano, no sólo del acto sino de la relación transferencial, cuando esta pone en primer plano lo que Lacan llama la “presencia del analista”.



## EL ANÁLISIS MUTUO

La experiencia del análisis mutuo que Ferenczi desarrolló con algunos de sus pacientes, muchos de ellos analistas también, se puede leer en el *Diario clínico* (Ferenczi, 1932) que Ferenczi llevó a lo largo del año 1932, un año antes de fallecer. El lector advertirá que se trata de un escrito con un carácter diferente, no sólo porque es un diario y no un escrito, sino porque son las notas de un analista con mucha experiencia, que tenía clara consciencia de su edad y una gran voluntad de transmitir sus experiencias.

¿Qué significaba el análisis mutuo para Ferenczi? Significaba que con algunos pacientes, no todos, ni en cualquier momento del análisis, él evaluaba y experimentaba la posibilidad, y la necesidad, de abandonar momentáneamente la posición de analista y adoptar la posición de paciente, y en ese sentido, era el paciente el que podía adoptar una posición de analista. Esta experiencia surgió a raíz del reproche de algunos pacientes, que podían advertir en el analista los límites de la escucha que le ofrecía:

“La “insensibilidad del analista” genera el reproche: ‘¡No puedo admitir que permanezca ahí sentado, insensible e indiferente, mientras yo me esfuerzo en imaginarme algo trágico de mi infancia.’” (Ferenczi, 1932: p. 23)

“La razón de la inversión del proceso (siendo el analista analizado) fue la percepción de una resistencia emocional, más exactamente de una sordera obtusa, en el analista. Se oía sin cesar la queja: ‘Usted es demasiado pasivo, no hace nada’, etc. y también a menudo con manifestaciones de la mayor desesperación. Bajo la presión de la angustia, el paciente separó de él una especie de fragmento de inteligencia que me prescribía lo que yo debía o habría debido hacer en el momento en cuestión, y cómo.” (Ferenczi, 1932: p. 128)

Lo que esta experiencia de análisis mutuo hacía era poner sobre la mesa un hecho frecuente y verificable en casi cualquier análisis, a saber, que cuando el analista realiza una intervención o dice algo sobre el relato del paciente, el paciente toma a partir de eso una clara medida, consciente o inconsciente, de la neurosis del analista y de los límites que su escucha tiene: su narcisismo, su fantasma, sus ideales... Ferenczi lo que hacía era simplemente tomar eso como un elemento de trabajo en el análisis, resultando en muchos casos de gran eficacia para el tratamiento del paciente. Es como si el paciente, para poder continuar con su análisis, requiriera de un analista “más” o “mejor” analizado que el que tiene delante, confrontando al analista contra su propio límite analítico:

“En realidad como analistas debemos reconocer que somos deudores de la agudeza de la mirada crítica de nuestros pacientes, sobre todo cuando la provocamos para percibir mejor las particularidades o puntos débiles de nuestro propio carácter.” (Ferenczi, 1932: p. 53)

¿Cómo puede ser posible que en muchos casos sea el paciente quien con mayor rapidez y agudeza advierte la neurosis del analista y no al revés? Esta pregunta y este asombro es lo que Ferenczi explora en el análisis mutuo. Una objeción natural a este planteo es que el analista, habiéndose confrontado contra el propio límite de su neurosis, no debe analizar esto con el paciente, sino con su propio analista. Es la concepción clásica y actual del análisis del propio analista. Esta pregunta encuentra en el *Diario clínico* dos respuestas muy distintas. La primera se refiere a Ferenczi de manera muy personal. Él dice que podrá parecer paradójico pero encontró mejores analistas entre sus pacientes que entre sus colegas y maestros.

Transcribimos lo que escribió en el diario a propósito de esto el 3 de junio de 1932:

“¡Nada de análisis didáctico especial!

1) Los analistas debería estar mejor analizados que los pacientes, y no peor.

- 2) Actualmente, están peor analizados.
  - a) Límite de tiempo.
  - b) Nada de relajación (según lo que dicen los pacientes)
- 3) Serían necesarios 6 ó 8 años, imposible en la práctica. Pero debería ser corregido por un análisis complementario continuo. Pero incluso así, no completamente satisfactorio.
- 4) Un grupo especial de personas verdaderamente analizadas -que tienen la ambición de saber más que los pacientes analizados.
- 5) Análisis mutuo: ¡Sólo a falta de algo mejor! Sería mejor un análisis auténtico con alguien extraño, sin ninguna obligación.
- 6) El mejor analista es un paciente curado. Todo otro alumno debe: primero ser enfermado, luego curado e instruido.
- 7) Cuestionamiento de los *análisis de control*, últimos recursos: reconocimiento y confesión de las propias dificultades y debilidades. ¡Control severo por los pacientes! No defenderse.” (1932, p. 166-167)

Por otro lado, existe una segunda razón, no de carácter personal sino general, que podría considerarse como el gran aporte que se deriva de la experiencia del análisis mutuo: el analista cumple mejor su función siendo alguien espontáneo que siendo alguien rígido en el análisis. Ferenczi se detiene a pensar en la gran rigidez que por lo general domina a la figura del analista. De allí que antes tratara acerca de la elasticidad de la técnica. Pero aún así, pareciera haber según Ferenczi una relación consustancial entre la figura del analista y una posición de rigidez que no encuentra relajación, cuestión que el paciente rápidamente advierte, y le resulta incluso hasta graciosa. De esa manera, intentando aplicar el principio de relajación al propio analista, se encontró con una herramienta mucho más eficaz que la posición clásica. Ofrece el siguiente ejemplo:

“...el paciente observa que tengo sueño. En lugar de sentirse herido, como yo lo temía, se siente honrado de que me haya podido comportar tan naturalmente en su presencia. ‘¡Esto muestra que tiene gran confianza en mí! La próxima vez no se fuerce más y duérmase tranquilamente’. Este mismo paciente me pone en guardia sobre la posibilidad de llegar al surmenage al servicio de mis pacientes. Pero al contrario, en una de las sesiones siguientes me dice: ‘Se lo ruego, hoy no se duerma, tengo absoluta necesidad de su presencia, estoy completamente desconcertado’. Frente a esta exhortación, me desperté de mi semi-somnolencia, presté atención a las producciones del paciente, intenté conducir los pensamientos y sentimientos fragmentarios hacia su causa y pude así hacer bastante bien mi trabajo. (Quizás también por la gratitud de que en otras ocasiones me dejó tranquilo y me testimonió, además, bondad y consideraciones.) Después del trabajo con este paciente, no me sentí fatigado.” (1932, p. 66)

A esto llama también Ferenczi “análisis mutuo”. En realidad, señala, el análisis mutuo no es otra cosa que la aplicación del principio de relajación al analista. “Analista y analizante se relajan alternativamente.” (Ferenczi, 1932: p. 126) Fueron Ferenczi y Groddeck los primeros analistas en introducir el término “analizante”, a raíz de estas experiencias donde queda en interrogación quién es el paciente, quién es el que hace el trabajo analítico. De allí que encontremos el término en los textos de ambos.

¿A qué llama Ferenczi la rigidez del analista y su falta de espontaneidad?

“Reconocimiento de lo que hay de artificial en los comportamientos del analista; admitir, en principio, emociones tales como la irritación, el displacer, la fatiga, ‘mandar todo al diablo’, y finalmente las fantasías libidinosas y lúdicas. Resultado: el paciente se vuelve más natural, más agradable y más sincero.” (Ferenczi, 1932: p. 34)

“El análisis mutuo será menos agotador, permitirá más amabilidad y ayuda por parte de los pacientes, que la actitud inmutablemente rígida, plena de bondad y de desinterés, detrás de la cual se disimulan el exceso de fatiga, el displacer, y aun intenciones asesinas.” (Ferenczi, 1932: p. 41)

“Al analista no le queda más que reconocer sus verdaderos sentimientos frente al paciente, le es frecuentemente difícil interesarse en lo que dice el paciente. Otras confesiones: el médico exagera sus sentimientos amistosos, sonríe gentilmente y piensa: ‘que el diablo te lleve, me has importunado en mi siesta’, o bien: ‘he dormido mal hoy, tengo trastornos digestivos’; e incluso: ‘la resistencia de este paciente es verdaderamente insoportable, me gustaría echarlo’.” (Ferenczi, 1932: p. 53)

“Las experiencias que he reunido a lo largo del tiempo me hacen presentir que no sirve de nada, o no de gran cosa, testimoniar al paciente más amistad que la que realmente experimentamos. Discretas y casi imperceptibles diferencias en el apretón de manos, ausencia de coloración o de interés en la voz, la disposición de nuestra prontitud o nuestra inercia en la manera de seguir lo que se está produciendo, o de reaccionar a ello, todo esto y centenares de otros signos, dejan adivinar al paciente mucho de nuestro humor y de nuestros sentimientos.” (Ferenczi, 1932: p. 65)

Desde este aspecto en el análisis mutuo no se trata tanto de analizarse con el paciente sino de que el analista pueda funcionar como una persona espontánea en el análisis, lo cual involucra la dimensión de que a él le pueden pasar cosas, de toda índole. Esto no significa que el analista deja de hacer su trabajo, muy por el contrario la relajación del analista y su comportamiento espontáneo se revela en la transferencia como una de las herramientas clínicas más eficaces.

Tanto la neurosis (la del paciente o la del analista), como la rigidez de la técnica conducen a una gran situación de soledad, que es siempre un obstáculo analítico:

“ESTAR SOLO conduce a la escisión.

La presencia de alguien con quien se pueda compartir y comunicar alegría y sufrimiento (amor y comprensión), CURA el trauma.” (Ferenczi, 1932: p. 277)

Desde esta perspectiva deberíamos decir que todo verdadero análisis es en el fondo, y aún cuando ni analista ni analizante lo adviertan conscientemente, un análisis mutuo, en la medida que no existe auto-análisis. Esto no significa que los analistas deben analizarse con sus pacientes, pero sí que sea en el encuentro con sus pacientes, encuentro que se produce a diario, donde se vaya a encontrar como por una vía regia, con su propia neurosis.

“Ciertas fases del análisis mutuo representan, de una parte y de la otra, la renuncia completa a toda compulsión y a toda autoridad; dan la impresión de dos niños igualmente asustados que intercambian sus experiencias, que como consecuencia de un mismo destino se comprenden completamente y buscan instintivamente tranquilizarse. La consciencia de esta comunidad de destino hace aparecer a cada uno para el otro completamente inofensivo, alguien en quien se puede confiar con toda tranquilidad. En el origen, el goce de esta confianza era unilateral...” (Ferenczi, 1932: p. 91)

Ferenczi en varios pasajes del diario clasifica psicopatológicamente esta unilateralidad de la transferencia en términos de: paranoia del analista, delirio narcisista del analista, incluso delirio erotomaníaco del analista. La pregunta que analiza es: ¿quién provoca la transferencia, el paciente o el analista?

“Por momentos, se tiene la impresión de que una parte de lo que se llama situación de transferencia no es, en realidad, una manifestación espontánea de las emociones del paciente, sino que es creada artificialmente por medio de la situación engendrada por el análisis, es decir, por medio de la técnica analítica; al menos, la interpretación, quizás exageradamente acentuada por mí y Rank, de que cada hecho particular primero en el sentido de un afecto personal respecto al analista, es susceptible de

crear una especie de atmósfera paranoide que un observador objetivo podría describir como delirio narcisístico, incluso erotomaníaco del analista. Es posible que se esté demasiado rápidamente inclinado a presuponer en el paciente sentimientos de amor y de odio hacia nosotros.” (1932, p. 141)

“El paralelo de esta situación se desarrolla, entre otros, en el hecho de la demanda (afirmación) permanente de sentimientos transferenciales y de la interpretación de su ausencia como resistencia. El analista presenta esto con tanta certeza que es muy difícil para el paciente contradecir al médico sin herir sus sentimientos. (Recuerdo, sin embargo, haberme vigilado constantemente para no ser nunca el primero en hablar de transferencia positiva, sin manifestación espontánea de esta; estaba tanto más generosamente inclinado a sospechar síntomas de resistencia).” (1932: p. 141-142)

Por momentos Ferenczi llama “análisis mutuo” al simple hecho de que los pacientes y él mismo se dieron cuenta de este fenómeno narcisista del analista:

“No se debe descartar la idea de que el hábito de los analistas de buscar siempre los obstáculos en la resistencia de los pacientes, de un modo paranoide, de alguna manera delirante, no sea practicado equivocadamente, a los fines de la proyección o para negar sus propios complejos.” (1932: p. 53)

“El análisis mutuo puede haber sido inventado originariamente por los pacientes como síntoma de la desconfianza paranoide: es necesario llegar a poner en claro que tuvieron razón en sospechar en el analista diversas resistencias debidas a la antipatía, y obligarlo a confesarlas.” (1932: p. 74)

Desde este enfoque, analiza con nuevos ojos el problema de la duración de los tratamientos y del final del análisis. Es una evaluación muy delicada diferenciar una situación de repetición en análisis y de elaboración del paciente, de una situación transferencial de estancamiento en el análisis. Cuando ocurre esto último algunos pacientes lo advierten en seguida abandonando el análisis. A otros en cambio puede llevarle meses o años advertir la situación hasta que abandonan el análisis:

“...su dependencia respecto de la disposición amistosa del analista le impide ejercer su crítica exteriormente, pero es seguro que también interiormente; se puede así mantener a un paciente durante años, sin progresos sustanciales, esperando siempre que se esté por ‘elaborar’ algo. Son numerosos aquellos a quienes oigo decir entonces que el caso se habría estancado; más de uno acuerda, en esta posición poco confortable, de que existe algo como la fijación de un término, y expulsa brutalmente al paciente de la cura.” (Ferenczi, 1932: p. 142)

“...desenmascarar deliberadamente lo que se llama ‘transferencia’ y ‘contratransferencia’ como los escondrijos de los obstáculos más importantes para la terminación de todos los análisis, se llega casi a la convicción de que ningún análisis puede tener éxito en tanto no sean superadas las falsas diferencias supuestas entre ‘situación analítica’ y vida ordinaria, lo mismo que la fatuidad y el sentimiento de superioridad que todavía acostumbran a sostener ciertos analistas respecto del paciente.” (Ferenczi, 1932: p. 186)

“Tarea específica: desprender a los pacientes, que la paranoia psicoanalítica infantiliza y los hace obedientes y durablemente sometidos, por una liberación verdadera, incluso de nosotros mismos.” (Ferenczi, 1932: p. 227)

## PARA CONCLUIR

Digamos para concluir que las tres propuestas que Ferenczi desarrolló (técnica activa, principio de relajación, análisis mutuo) no son otra cosa que su exploración personal efecto de su visión crítica de la técnica analítica. Sus textos tienen menos el tono de preceptos técnicos a seguir que el de compartir experiencias y reflexiones con colegas analistas.

Concluamos con tres citas del autor, tomadas del *Diario clínico*, que resumen la historia de su reflexión técnica y su posición al respecto:

“La modificación de su método terapéutico, lo vuelve cada vez más impersonal (flotar como una divinidad por encima del pobre paciente, rebajado a la condición de niño; no advirtiendo que una gran parte de eso que se nombra transferencia es artificialmente provocado por este comportamiento, se pretende que la transferencia es fabricada por el paciente). En verdad, esto puede ser cierto en parte, y considerarlo como útil para hacer surgir el material antiguo, pero si el médico no se vigila, se demora más tiempo del necesario en esta situación confortable para él, en la que los pacientes le ahorran el displacer de la autocrítica, proporcionándoles la ocasión de gustar el encanto de estar en posición de superioridad y de ser amado sin reciprocidad (casi una situación de magnificencia infantil), y además siendo pagado por esto por el paciente. De manera completamente inconsciente, el médico puede ponerse así con toda inocencia consciente, en situación infantil frente a su paciente. Una parte del comportamiento de tal analista puede, con razón, ser designado como loco por el paciente. Ciertas teorías del médico (ideas delirantes) no deben ser cuestionadas; si sin embargo se lo hace, se es un mal alumno, se recibe una mala nota, se está en ‘resistencia’.

Mi ‘terapia activa’ fue un primer asalto inconsciente contra esta situación. Por la exageración y la puesta en evidencia de esta metodología sádico educativa, se me hizo claro que no era defendible. A modo de nueva teoría (nuevo delirio) se me ocurre la teoría de la relajación, el *laissez-faire* completo respecto al paciente, la represión brutal de las reacciones emocionales naturalmente humanas. Pero los pacientes recusan la falsa dulzura del maestro, irritado en su fuero interior, igual que anteriormente la brutalidad del analista ‘activo’ que deja al paciente sufrir tormentos infernales e incluso espera que se le agradezca por esto. Finalmente a uno se le ocurre preguntarse si no es natural y también oportuno ser francamente un ser humano dotado de emociones, tan pronto capaz de empatía, tan pronto abiertamente irritado. Lo que quiere decir: abandonar toda ‘técnica’ y mostrarse sin disimulo, lo mismo que se le pide al paciente. En cuanto se comienza a actuar de tal modo, al paciente se le ocurrirá, con toda lógica, expresar su sospecha en cuanto al análisis imperfecto del analista y, despertando de su timidez, osará poco a poco hacer observar él mismo tal rasgo paranoico o tal rasgo exagerado; finalmente, llegará la proposición del análisis mutuo. Si se tiene una cierta confianza en la propia capacidad de no ser al fin de cuentas impresionado más que por la verdad, puede resolverse al sacrificio, aunque parezca espantoso, de entregarse uno mismo al poder de un loco. Cosa curiosa, se es recompensado por este coraje, el paciente supera más fácilmente la decepción de no ser amado por nosotros que la dependencia indefinida en relación a un pariente (padre o madre) que en apariencia promete todo pero que, interiormente, rehúsa todo.

En contraste con el presente, se tiene así una chance más grande y más rápida de volver a sumergirse en el pasado traumático por donde se puede alcanzar un restablecimiento definitivo, espontáneo, y ya no más fundado sobre la autoridad.

En cuanto al médico, decepcionado así de su delirio científico, ejercerá en los casos ulteriores, una acción más fecunda; a manera de beneficio secundario, tendría también acceso a las posibilidades de gozar de la vida que hasta allí le eran neurótica o psicóticamente rehusadas.” (1932, p. 138-140)

“Registro de los pecados del psicoanálisis.”

1) “El analista atrae a los pacientes a la ‘transferencia’.”

- 2) “...los analistas tienen poco interés personal por sus pacientes.”
- 3) “Durante ese tiempo, el inconsciente de los pacientes percibe todos los sentimientos negativos del analista, sentimientos de aburrimiento, de irritación, de odio cuando el paciente dice algo desagradable que puede irritar los complejos del médico.”
- 4) “Ninguna preocupación en cuanto a la extensión de los análisis, incluso una tendencia a prolongarlos por razones financieras: se puede así transformar a los pacientes, si se lo desea, en contribuyentes de por vida.” (1932, p. 275-276)

“¿Quién está loco, nosotros o los pacientes?” (1932, p. 136)

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, S. (s/f) Ferenczi-Winnicott: de la pasión terapéutica a la audacia clínica. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Alexander, F. (1933) Acerca del principio de relajación de Ferenczi. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Balint, M., Ornstein, P. H. y Balint, E. (1985) Psicoterapia focal. Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock. Ed. Gedisa. España, 2006
- Canetti, E. (1960) Masa y poder. Ed. Galaxia Gutenberg. España, 2002.
- Borbogno, F. (s/f) La elasticidad de la técnica como proyecto y desarrollo analítico de Sándor Ferenczi. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Ferenczi, S.
- (1919a) Dificultades técnicas en un análisis de histeria. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1919b) La técnica psicoanalítica. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1919c) La influencia ejercida sobre el paciente en el análisis. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1920) Prolongaciones de la “técnica activa” en psicoanálisis. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1924a) Perspectivas del psicoanálisis. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1924b) Las fantasías provocadas. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1926) Contraindicaciones de la técnica activa. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1928) Elasticidad de la técnica psicoanalítica. Tomo IV. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1930) Principios de relajación y neocatarsis. Tomo IV. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- (1931) Análisis de niños con adultos. Tomo IV. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981. (1932) Diario clínico. Conjetural. Buenos Aires, 1988.
- (2009a) Teoría y técnica del psicoanálisis (compilación de escritos) Ed. Hormé. Buenos Aires, 2009.
- (2009a) Problemas y métodos del psicoanálisis (compilación de escritos) Ed. Hormé. Buenos Aires, 2009.
- Freud, S.-Ferenczi, S. (1908-1919) Correspondencia completa. Vol. I y II. Ed. Síntesis. España, 2001.
- (1920-1933) The correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi. Volume 3. The Belknap Press of Harvard University Press. Inglaterra, 2000.
- Freud, S. (1919) Los caminos de la terapia psicoanalítica. En O. C. v 7. Biblioteca Nueva. España, 1996.
- Freud, S. (1933) Sándor Ferenczi. En O. V. AE, v. XXII. Buenos Aires, 2006.
- Gallego Meré, A. (s/f) Sándor Ferenczi, pionero del movimiento neo-analítico. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Heras Monner Sans, A. I. (2015). Sándor Ferenczi, pensador incómodo. Aportes al pensamiento contemporáneo sobre el poder en mutualidad. Las posibilidades críticas de los abordajes clásicos, contemporáneos y emergentes, 1-25. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. 19 al 21 de agosto de 2015. Buenos Aires.
- Hoffman, D. (s/f) Sándor Ferenczi y los orígenes de la psicología humanista. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Jinkis, J. (1988) Introducción. En Ferenczi, S. (1932) Diario clínico. Conjetural. Buenos Aires, 1988.

- Lacan, J. (1967-1968) Seminario 15: El acto analítico. Inédito.
- López, H. (s/f) Sándor Ferenczi está de vuelta. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Ludín, S. y Giovis, M. (2006) Terapia activa: Sándor Ferenczi-Wilhelm Reich. Revista Topía, agosto de 2006. Buenos Aires, Argentina.
- Marani, A. (2012) Sándor Ferenczi. Revista El psicoanalítica n° 11, octubre de 2012. Buenos Aires, Argentina.
- Monzón, I. (2001) Un psicoanalista peculiar, soñador y sensitivo: Sándor Ferenczi. Revista Topía, marzo de 2001. Buenos Aires, Argentina.
- Poster, M. F. (s/f) Ferenczi y Groddeck: Las raíces de un cambio de paradigma en psicoanálisis. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Villamarzo, P. F. (s/f) Sándor Ferenczi o la cuestión de las variaciones técnicas. Disponible en [www.indepsi.cl/ferenczi](http://www.indepsi.cl/ferenczi).
- Winnicott, D. (1971) Realidad y juego. Ed. Gedisa. Argentina, 2011.

**Publicado en:** Murillo, Manuel (2016). LOS ESCRITOS TÉCNICOS DE SÁNDOR FERENCZI. Artículo elaborado para el blog Lo que abunda no daña.

Dirección estable: <http://www.academica.org/manuelmurillo/28>

*Volver a Artículos sobre Ferenczi*  
*Volver a News-5 Alsfo ex-59*