

## TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN EL DIARIO CLÍNICO DE SÁNDOR FERENCZI<sup>1</sup>

Pedro J. Boschan<sup>2</sup>

En el último período de su rica producción científica, el interés de Ferenczi por lo que sucede en la intimidad del trabajo analítico lo llevó a desarrollar ciertas ideas en cuanto a la naturaleza de la transferencia y por ende de la contratransferencia, de gran validez en nuestra manera de entender actualmente el trabajo analítico. Estos conceptos, ya planteados en su publicación, junto con Rank, de las Perspectivas del Psicoanálisis, tienen su desarrollo más pleno en ese peculiar documento que es el Diario clínico.

Este ofrece una oportunidad única de acceder a los pensamientos “más directos” de este gran psicoanalista, a quien Freud llamara maestro de sus pares.

Es una vívida descripción de sus diferentes intentos de incluir en el análisis, mediante una original utilización de la transferencia y la contratransferencia, los aspectos más arcaicos o fragmentados del psiquismo, acceso que le parece central en la comprensión y modificación de las patologías severas que él trataba, donde la capacidad simbolizante ha sido dañada por el trauma.

En él, aparece una relación analítica de un compromiso casi absoluto, una completa apertura recíproca; hay algo mesiánico acerca de esto, el *furor curandi* por el que fuera criticado por sus colegas; asumir que las limitaciones de un análisis puedan deberse a falencias del propio analista más que atribuidas automáticamente al paciente era evidentemente incómodo. Se basa en su comprensión de la transferencia dentro del marco de la reactivación de una situación traumática, donde lo movilizado por esta reactivación, por este revivir la situación traumática en la transferencia, requiere una gran disponibilidad y compromiso del analista para que pueda elaborarse.

A su vez estas transferencias tan intensas generan efectos en la contratransferencia que plantean diversos problemas acerca de su tramitación. Desde esta perspectiva, la comprensión de un *impasse* en un análisis no solo requiere examinar minuciosamente la transferencia sino también la contratransferencia.

Centraré la exposición en los siguientes puntos, naturalmente interrelacionados:

- Lo que circula en la situación analítica.
- La temperatura de la interacción transferencia-contratransferencia.
- La desmentida de la contratransferencia y sus efectos en el análisis: la repetición del trauma.
- La dificultad en diferenciar la contratransferencia propiamente dicha de las transferencias del analista, y las distintas fuentes que estas transferencias pueden tener.
- La receptividad analítica y el narcisismo del analista ante la comunicación arcaica procedente de los niveles no-reprimidos de lo Inc. que han perdido su capacidad de ser simbolizados por el trauma y la fragmentación del Yo.

Ferenczi entiende el campo de la transferencia-contratransferencia como excediendo por mucho el intercambio verbal. Asume la transmisión Inc. de pensamientos y sentimientos, que conllevan una mayor

---

1.- Este texto, corresponde al trabajo presentado en la 7ª Conferencia Internacional Sándor Ferenczi (Buenos Aires, Octubre de 2009) y publicado en: Sándor Ferenczi y el Psicoanálisis del siglo XXI, Comp. Pedro J. Boschán, Editorial Letra Viva, B. Aires, pp. 31-40.

2.- Pedro J. Boschán (4 Sept. 1939-13 de Nov. 2011) Médico y Analista argentino de origen húngaro de reciente fallecimiento y quien mostró gran energía y dedicación en la difusión del pensamiento y obra de Sandor Ferenczi.

complejidad de la interacción de mentes que participan del intercambio analítico. En una nota del 12 de abril escribe [pág. 84-85]:

Aquí la única brizna de paja que nos ofrece la experiencia analítica actual es la idea lanzada por mi -si recuerdo bien- del diálogo de los inconscientes. Cuando dos personas se encuentran por primera vez -dije entonces- se produce un intercambio de movimiento de afectos no solamente concientes sino también inconcientes... Otros antes que yo<sup>3</sup> han demostrado con qué frecuencia sorprendente los fenómenos llamados de transmisión de pensamiento se desarrollan entre médico y paciente, frecuentemente de manera que supera de lejos la posibilidad de azar. Si estas cosas llegaran algún día a verificarse, podría parecernos a nosotros, analistas, que la relación de transferencia pudiese favorecer extraordinariamente la instauración de manifestaciones de receptividad más afinada”.

Este punto de vista fue compartido con Freud, quien en Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis señala:

“Uno se ve llevado a la sospecha que esto [i.e. la transferencia de pensamiento] es el método original, arcaico, de comunicación entre individuos, y que en el curso de la evolución filogenética ha sido reemplazado por mejores métodos de transmitir información con la ayuda de señales que son recogidos por los órganos de los sentidos. Pero el método más antiguo debe haber persistido en el trasfondo y puede activarse bajo ciertas condiciones” (S.E. XXII, pág. 55).

Estas ideas sobre telepatía fueron desarrolladas aun más por Fanny Han, una de sus discípulas, quien propone que la telepatía era un desarrollo vicariante (¿o bien la persistencia extraordinaria de un fenómeno normal en el lactante?) ante la falta de empatía, tanto en el desarrollo personal como en la transferencia. Y cuántas veces hallamos esta adaptación a la manera del “bebé sabio” (Ferenczi, 1923) a la contratransferencia narcisista del analista, de captar a éste telepáticamente cuando perciben una falla en la investidura libidinal. Esta puede deberse a los conflictos transferenciales del propio analista, o bien a una repetición en el análisis de un vínculo primitivo, en el que a través de la identificación proyectiva el analista es inducido a la retracción, que luego desmiente culposamente (desmentida de la contratransferencia). A su vez esta retracción desmentida es percibida inconscientemente por el paciente, para quien su analista deja de ser confiable.

Esta circulación de pensamientos y afectos hace posible que emerja en el enactment, el material que no ha tenido (o ha perdido) el acceso a la simbolización debido al trauma, generando respuestas contratransferenciales que cuando pueden ser reconocidos y aclarados ofrecen la posibilidad de acceso a la figurabilidad (Botella y Botella, 1997).

La percepción aguda, especialmente en pacientes en regresión, de lo que ocurre en la mente de su analista, puede contrastar con la actitud manifiesta, y muchas veces con la percepción por parte del analista de su propia disposición. Cuando las percepciones del paciente sufren la desmentida por parte del analista, se reactiva el trauma original en el encuadre. Por esto es que Ferenczi insiste en la necesidad de la sinceridad por parte del analista, para evitar el riesgo de ser un agente traumatizante por repetición contratransferencial de la desmentida. El analizante puede verse forzado a disociar para salvaguardar su relación con el analista y evitar la sensación de incongruencia entre lo que percibe y lo aceptable para éste.

En mi propia experiencia clínica, y estoy seguro que les ha ocurrido a la mayoría de los colegas, no es infrecuente que el paciente perciba telepáticamente las cosas que transcurren por la mente de su analista. En pacientes que han sido traumatizados, debido al efecto que la desmentida ha tenido sobre su percepción, hay una cierta tendencia a tomar estas percepciones como si fueran proyecciones como lo señala tan claramente J. Garon en su trabajo, a menudo en colusión con la desmentida de lo que es percibido (ver nota Enero 7, sobre la “*retroyección*” y también el excelente trabajo de Luis Martín Cabré sobre introyección). Este desmentir sus propias percepciones también puede deberse al percibir sentimientos intolerables en el Otro, sentimientos que pueden introyectarse y descargarse en el propio cuerpo, como a menudo lo vemos en los síntomas psicósomáticos. Cuando se trabaja en análisis de los vínculos, estas interacciones se pueden visualizar directamente.

Es por ello la insistencia de Ferenczi sobre la necesidad de sinceridad, de un estar abiertos a lo que el

---

3.- Se refiere a Freud.

analizante puede percibir de nosotros, sin nosotros darnos cuenta. Su posición más extrema en este respecto ha sido el del “análisis mutuo”.

Él señala lo difícil que es para el analista diferenciar la contratransferencia como tal, respondiendo a la transferencia del analizante, de sus propias transferencias, y los distintos orígenes que estas transferencias pueden tener. Indica que la contratransferencia narcisista es resistencia del analista a hacerse conciente de sus propias limitaciones, de desmentir aquellas observaciones ciertas que podrían afectar su autoestima; puede haber conflictos propios del analista que son movilizados por el material del analizante, como lo señala Piera Aulagnier (1977) o que estas percepciones del paciente con lo que hoy denominaríamos su Super-yo analítico: las transferencias que cada uno de nosotros porta hacia aquellas personas que han contribuido a nuestra formación y pertenencia (nuestros analistas, supervisores, colegas, instituciones de pertenencia, etc.).

Ferenczi parece referirse a una cierta actitud de sumisión implicados (y esperable) en la situación analítica; lo hace para alertar sobre el riesgo que pueda ser llevado a la exageración y el abuso inadvertidamente.

Estas consideraciones son de absoluta trascendencia en cuanto a la posibilidad de una utilización instrumental de la contratransferencia, ya que la desmentida de la contratransferencia o de los aspectos reales de la situación analítica por parte del analista re-traumatizan al paciente. Solamente cuando éste está en condiciones de aceptar lo que él mismo aporta a la situación analítica, actuando como antídoto a la desmentida originaria, puede modificarse la disociación. Como lo señala en su nota de Junio 18:

“Se llega finalmente a la convicción que los pacientes tienen razón una vez más cuando exigen de nosotros, además del hecho de ser (re)conducidos a la experiencia traumática, dos cosas suplementarias: 1) una verdadera convicción y si es posible, un recuerdo de la realidad de la reconstrucción 2) como condición de esto, un interés real, una verdadera voluntad de ayudar a dominar o, más precisamente, un amor capaz de dominarlo todo hacia cada uno en particular, el único amor que puede hacer aparecer la vida como valiendo la pena de ser vivida, y que instituye un contrapeso a la situación traumática”.

O diría más contemporáneamente Green, contrarrestar la desinvestidura.

“Sólo a partir de allí se hace posible: 1) que los pacientes que han adquirido en lo sucesivo confianza en nosotros puedan ser liberados del esfuerzo a realizar para controlar (intelectual y emocionalmente) la situación traumática; 2) que sea puesto un término al proceso de escisión que fue una necesidad del Yo, y que los pacientes puedan ser conducidos a esa unidad de la experiencia que existía antes del trauma. Es evidente que no hay convicción sin este sentimiento de unicidad, es decir no hay convicción, en tanto que observándose se duda de sí mismo, incluso frente a una evidencia lógicamente perfecta.

Ilustraré esta secuencia, aportando una breve viñeta: G. era el primer paciente de la mañana, en un horario más temprano que en el que suelo comenzar mi trabajo habitualmente, por necesidades laborales de él. Me encontré reiteradamente con que me costaba mantener un buen nivel de la atención, con tendencia a dispersarme. Inicialmente atribuí esto a que era temprano, podría tener sueño, y a una cierta irritación contratransferencial con el paciente que me “requería” ese horario especial. Ante la detección en el material de distintas referencias relacionables con desconexión, menciono que quizás era una sensación que él estaba experimentando en la sesión; se hizo aparente que estábamos repitiendo en la situación analítica la falta de atención que recibía de su familia cuando nació y luego trabajando la temática de serle brindado atención, relata que por primera vez se dio cuenta hace poco que sus padres no le habían sacado casi fotografías a él, a diferencia de lo que sucedió con sus hermanos: comprendí que estaba siendo puesto en acto (enactment) en el encuadre. Pero todo esto solo pudo aparecer cuando pude darme cuenta de mis fallas en la atención y comentárselo al paciente.

Con otro paciente con un marcado funcionamiento narcisista, sujeto en su infancia y adolescencia a una figura materna fría, distante y rechazante, ocurrió que durante el curso de la sesión me invadió un momento de sopor, quedando dormido por unos instantes durante los cuales tuve dos breves sueños. El paciente detecta esta situación y me dice, indignado, que me quedé dormido. Por unos instantes surgió en mi la tentación de decirle que no, que lo estaba escuchando, pero entendí que esto era una desmentida que atacaría su percepción. El paciente indignado me reprocha esta desatención: cómo podría seguir analizándose con alguien que se aburre tanto de escucharlo, a quien no le interesa lo que lo hace padecer. Yo trato de decirle que en mi dormirme operaba algo que se movilizó en el vínculo, pero esto es rechazado con mucha rabia como que yo estaba negando que me había dormido por aburrimiento. Su actitud me produce una marcada

irritación, y la idea de “ingratitude”.

Asocia a continuación que se olvidó de llamar por teléfono a ver cómo le había ido a un compañero de trabajo a quien le habían tenido que hacer una colonoscopia tras un sangrado; “¿por qué se me cae la gente de mi cabeza? Estoy tan concentrado en mis propios síntomas que me olvido de los demás”

Yo hago una interpretación relacionando esto con lo que me había dicho que la madre solo le brindaba atención cuando tenía algo corporal [el síntoma al que se refería lo había tenido desde pequeño], si no, no daba “bolilla”. Refiere lo que había sufrido por esta desatención, y que cualquier reclamo la ofendía y la hacía retraerse, o desacreditar con violencia su reclamo.

Le interpreto que al yo haberme dormido, me transformaba en esta madre abandonante, a quien ahora sí se le podía reclamar; con este reclamo transformándome en quien debía sentirse atemorizado por la posibilidad de su abandono del tratamiento. Había tomado mi intento de explicación “vincular” de mi sopor como la desmentida violenta de la madre, culpabilizándolo a él por el abandono del que había sido objeto.

Creo que esta secuencia ilustra varios de los puntos señalados: la circulación de la comunicación arcaica que me induce al sopor, mi tentación de desmentir su percepción, y una posibilidad reparatoria en la cual puede verificar que enojarse y protestar por el abandono no lo hacía perder el vínculo; a la vez que permite experimentar su identificación con esta madre (identificación con el agresor) que se olvida de su amigo enfermo, y que me amenaza de abandono a mí.

Otro punto importante que señala Ferenczi son las respuestas *no-contratransferenciales* del analista, debido a sus propias transferencias, y los efectos de éstas en sus respuestas ante el material del paciente:

(Febrero 16) “Esto planteó la cuestión de mi capacidad de relajación en general; en efecto, todo esto había sido considerablemente limitado en mi temprana infancia, por el tratamiento terriblemente brutal de una gobernanta motivado por la falta de higiene anal, lo que me causó una tendencia exagerada a prestar atención a las consideraciones y deseos de otras personas, a complacerlas o disgustarlas ...”

(Agosto 11) “Es curioso que en el momento de la primera entrevista estuviera de nuevo inclinado a consentirle todo y fue solamente después de reflexionar que me dije que ya era tiempo de mostrar a este hombre los límites de la realidad, incluso aquí, en el análisis. ...Pero lo que es importante también es la lentitud y el retraso con los que yo llegué a estas conclusiones. No hay nada que hacer, debo buscar la causa en mi propia criminalidad reprimida. Experimento una cierta admiración por el hombre que se atreve a cumplir actos que yo me prohíbo...”

## **EL ANÁLISIS RECÍPROCO Y LA CUESTIÓN DE LA SIMETRÍA-ASIMETRÍA EN LA RELACIÓN ANALÍTICA**

Uno de los temas más cuestionados de los experimentos clínicos de Ferenczi fue el del así denominado análisis mutuo o recíproco (según la traducción). En su Diario Clínico oscila permanentemente al evaluar estas experiencias. Podemos comparar su nota del 3 de junio: “¡Nada de análisis didáctico especial!” donde puntualiza: “Análisis mutuo: ¡Sólo a falta de algo mejor! Sería mejor un análisis auténtico con alguien extraño, sin ninguna obligación”.

Pero ya en Febrero 16, en la nota titulada Limitaciones del análisis mutuo detecta los inconvenientes que ocasiona: “Pero esto tropieza con obstáculos éticos y lógicos”.

Sin embargo, en su nota del 18 de junio menciona una “Nueva etapa en la mutualidad”, una nueva etapa que no clausura la inevitable percepción mutua del vínculo analítico, pero dentro de parámetros metodológicos más convencionales. Esta ambivalencia está presente hasta la última nota de su Diario (Octubre 2) donde se pregunta: “¿Debe cada caso ser mutuo? ¿Y hasta qué punto?”

El tema fue planteado originalmente por Freud en 1899, en una carta a Fliess (Diciembre 21) donde le escribe:

“Me ha mostrado en cabeza propia la realidad de mis doctrinas (el Sr. E) porque, con un giro sorprendente, ME HA DADO LA SOLUCIÓN DE MI ANTIGUA FOBIA AL TREN [subrayado mío] que yo había pasado por alto. Por semejante logro hasta le he obsequiado un cuadro, “Edipo y la Esfinge””.

Podríamos decir que sin ejecutarlo como una técnica deliberada, hoy aceptamos que siempre existe algún grado de mutualidad en el vínculo terapéutico, que mantenernos atentos a lo que puede mostrarnos de nosotros mismos en ese particular análisis, incluyendo aquellos elementos que el paciente percibe que

escapan a nuestra conciencia, amplía enormemente nuestra capacidad analítica.

El procedimiento parece haberse originado de la experiencia inicial con la paciente R.N. (Nota del 2 de febrero). Podemos suponer que el implementar este procedimiento tuvo varios orígenes, fundamentalmente la necesidad desesperada de mantener algún control sobre su contratransferencia al percibir el riesgo de desmentida. En este sentido debemos tener presente que mientras lo reprimido del analista puede encontrar su camino a la conciencia eludiendo las barreras de la represión, (como fallidos con autoanálisis ulterior) los sentimientos sujetos a la disociación solo pueden detectarse a través del contacto con el otro, como lo señala Kluzer Usuelli.

El análisis mutuo de Ferenczi también puede ser pensado como intentos de complementar sus esfuerzos autoanalíticos a través de los insights provistos por la aguda percepción de sus pacientes regresivos a su propio análisis; como un método original de lograr acceso a los estratos más profundos de sus pacientes; pero también como un modo de entender el Psicoanálisis como necesitando una mucha menor asimetría que la que se utilizaba en ese entonces (y muchas veces aún hoy). Esta intención de democratizar el encuentro analítico es un esfuerzo valioso que deberíamos mantener en nuestros días, cuando las consecuencias de la asimetría rígida mantenida por tantos años en Psicoanálisis como un requerimiento “natural” está mostrando sus efectos negativos.

En estos experimentos Ferenczi llevó al límite la atenuación de la asimetría y una cierta dilución de los roles; finalmente dejó de lado el procedimiento, pero manteniendo lo que podríamos denominar una actitud de mutualidad. En la base de esta búsqueda está la demanda de sinceridad por parte del analista.

Cómo entendemos la sinceridad es un tema de gran importancia en la discusión actual sobre técnica: si implica revelar al paciente nuestros sentimientos y pensamientos contratransferenciales, conflictos actuales o situaciones vitales; o limitarnos a no desmentir las percepciones del paciente al respecto, sea que los comunique en forma manifiesta o los comprendamos a través del análisis del material. Yo tiendo a acordar con Luis Martín Cabré, quien sostiene que revelar nuestra contratransferencia indica nuestra propia falta de capacidad de procesarla adecuadamente. Aquí me parece fundamental marcar una diferencia entre revelarlos deliberadamente, y lo que es inevitablemente revelado a través de la voz, los cambios mínimos del encuadre, etc., que habitualmente llamamos *enactment*, así como reconocer nuestras falencias o errores cuando son detectadas por el paciente, sin negarlas. Es necesario en estas consideraciones tomar en cuenta la singularidad de cada análisis.

Otra diferencia a considerar es la confirmación explícita de estas percepciones, a veces tan necesaria sobre todo en analizantes que han experimentado severos ataques a su percepción, o responder a ellas de otras maneras. Por ejemplo, en un paciente muy obsesivo, que solía hacer una larga y exhaustiva descripción de los eventos que le ocurrieron entre las sesiones, cuando un día dijo: “*Me imagino qué aburrido debe ser para usted que yo siempre repita el mismo discurso*”, yo hubiera sentido ganas de contestarle: “*tiene mucha razón*”; preferí sin embargo interpretarle lo llamativo que era que estando tan convencido de lo que había dicho no encontrara modo de relacionarse conmigo de otra manera.

Otro aspecto que se hace evidente a través de las páginas del Diario Clínico es el masoquismo y los sentimientos de culpa de Ferenczi instrumentados mediante estas técnicas. Masoquismo que él atribuye en algunas notas a la introyección del agresor, pero que también se originan en sus sentimientos agresivos dirigidos a su madre.

“Toda mi terapia de relajación y esta excesiva bondad que yo exijo de mí mismo en relación a los pacientes, ¿serían solo una exagerada demostración de sentimientos de compasión que en lo profundo estarían completamente ausentes?”

5 mayo (p.145) “Esta crisis evocada más arriba me obligó, en oposición a mi sentimiento del deber, y sin duda también a mi sentimiento de culpabilidad, a reducir mis sobreactuaciones médicas”. Junio 18 (p.188) “Es solo un beneficio a medias cuando alguien degrada el estúpido sentimiento de superioridad en autocrítica exagerada, eventualmente masoquista”.

Esta última nota es muy importante: la utilización de estas valiosas ideas no debería confundirse con una “terapia de bondad” que muchos autores han imputado a Ferenczi y más tarde a Winnicott de proponer. Es verdad que en el Diario Clínico Ferenczi enfatiza que es imposible curar sin sentimientos de amor hacia el paciente traumatizado. También es cierto que evocar sentimientos de amor y de piedad por sus sufrimientos puede funcionar como resistencia para evitar analizar su propia hostilidad.

Es por ello que la actitud de Ferenczi de siempre mantener un cuidadoso y honesto escrutinio en lo que está haciendo, y sus motivos para hacerlo, en cada caso, la osada pero reflexiva actitud que se transmite a través de la lectura de su Diario debiera ser un permanente desafío para nosotros; invitándonos a tener la valentía de abrirnos a nuevas experiencias y la capacidad de evaluar permanentemente lo que hacemos, y nuestras verdaderas razones para hacerla, en un permanente oscilar entre no eludir el compromiso emocional y mantenernos atentos a los riesgos que implica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aulagnier, P. (1977), *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu. (1986), “Del mal uso de la identificación proyectiva”, en *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, pp.23-28.
- Baranger, W. (1969), *Problemas de Campo Psicoanalítico*, Buenos Aires, Kargieman. (1979), “Proceso en Espiral y Campo dinámico”, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 59.
- Boschan, P.J. (1998), “The mastery of counter transference or Minotaur’s Labyrinth”, *Int. Fórum Psychoanal*, 7 : (257-262).
- Botella, C y S. Botella, (1986), *Más allá de la representación*, Valencia, Promo Libro, 1997. Ferenczi, S. y O. Rank, (1923), *The Development of Psychoanalysis*, The Chicago Institute for Psychoanalysis Monograph, 4, 1986.
- Ferenczi, S. (1988), *Diario Clínico*, Buenos Aires, Conjetural.
- Freud, S. (1909), *Notas sobre un caso de neurosis obsesiva*, en *Obras Completas*, X, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
- 1918 [1914], *Historia de una neurosis infantil*, en *Obras Completas*, XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
- 1933 [1932], *Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*, en *Obras Completas*, XXII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
- Garon, J. (2009), “Libertad o muerte” (disertación en la 7a Conferencia Internacional Sándor Ferenczi), Buenos Aires, Octubre 2009.
- Hann-Kende, Fanny (1933), “Az áttétel és a viszonyáttétel szerepéhez a pszichoanalízisbe (The role of transference and countertransference in Psychoanalysis)”, en *Lélekelemzési Tanulmányok*, Budapest, Somló Béla, 1993.
- Hidas, Gy. (1993), “Flowing over- Transference, Countertransference, Telepathy”, en *The Legacy of Sándor Ferenczi* de L. Aron y A. Harris (eds.), London, The Analytic Press.
- Kluzer Usuelli, A. (1998), “Contratransferencia. Del análisis recíproco al análisis interactivo”, Madrid, 5a Conferencia Internacional Sándor Ferenczi.
- Martín Cabré, L. (1998), “La Contribución de Ferenczi al concepto de contratransferencia”, Madrid, 5a Conferencia Internacional Sándor Ferenczi.
- Pfeifer Zsigmond (1933), “Ferenczi Sándor újításai a lélekelemzési technikába” (Las innovaciones de Sándor Ferenczi en la técnica psicoanalítica), en *Lélekelemzési Tanulmányok*, Budapest, Somló Béla, 1993.