

EL MANEJO CLÍNICO DE LOS “CASOS DIFÍCILES”; HERENCIA Y RELEVANCIA DE SANDOR FERENCZI EN LOS ENFOQUES DE WINNICOTT Y BALINT.

Eduardo Cavalcanti de Medeiros (Lattes)*
Carlos Augusto Peixoto Junior (Lattes)**

RESUMEN

Este trabajo está dirigido principalmente a explicar cómo las reformulaciones técnicas y teóricas de Ferenczi, que posteriormente fueron ampliados por Michael Balint y Donald Winnicott, pueden tomarse como una guía para pensar los *impasses* de la clínica contemporánea. En este sentido, vamos a tratar de poner énfasis en la importancia que estos autores dan a la regresión en análisis y a una actitud más empática y acogedor del analista pensándolas como coordenadas importantes para el manejo clínico de los pacientes cuyo sufrimiento psíquico no hace referencia al modelo de la neurosis.

Palabras clave: Ferenczi; Winnicott; Balint; clínica.

RESUMO

O manejo clínico de “casos difíceis”: herança e atualidade de Sandor Ferenczi nas abordagens de Winnicott e Balint.

O presente trabalho tem como objetivo central explicitar como os remanejamentos teóricos e reformulações técnicas de Ferenczi, que foram, posteriormente, ampliados por Michael Balint e Donald Winnicott, podem ser tomados como norteadores para pensarmos os *impasses* da clínica contemporânea. Nesse sentido, buscaremos destacar como a ênfase que esses autores conferem à regressão em análise e a uma postura mais empática e acolhedora do analista constituem importantes balizas para o manejo clínico com os pacientes cujo sofrimento psíquico não está referido ao modelo da neurose.

Palavras-chave: Ferenczi; Winnicott; Balint; clínica.

ABSTRACT

The clinical handling of “difficult cases”: heritage and relevance of Sándor Ferenczi in the approaches of Winnicott and Balint.

The aim of this article is to discuss how Ferenczi’s theoretical changes and technique reformulations, which were amplified by Michael Balint and Donald Winnicott, can be taken as a possible guide to think the difficulties in contemporary clinic. In this sense, we will seek to highlight the emphasis that these authors give to regression in analysis and in a more empathetic and welcoming attitude of the analyst as an important boundary for handling with patients whose psychic suffering is not referred to the neurosis model.

Keywords: Ferenczi; Winnicott; Balint; clinic.

RÉSUMÉ

La prise en charge clinique des cas «difficiles»: le patrimoine et la pertinence de Sándor Ferenczi dans les approches de Winnicott et Balint

Ce travail vise essentiellement à expliquer comment les reformulations théoriques et de la technique de Ferenczi, qui ont été plus tard étendu par Michael Balint et Donald Winnicott, peuvent être considérées comme un guide pour penser les impasses de la clinique contemporaine. En ce sens, nous chercherons à mettre en évidence la façon dont l'accent que ces auteurs donnent à la regression dans l'espace analytique, à une attitude plus sympathique et accueillant de l'analyste, sont des directions très importants pour la prise en charge clinique des patients dont la souffrance psychique se distingue du modèle de la nevrose.

Mots-clés: Ferenczi; Winnicott; Balint; clinique.

IMPASSES DE LA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA

Para delimitar la problemática de la clínica contemporánea se hace necesario explicitar, ante todo, según lo subrayado por García (2010), que su especificidad se refiere a la fragilización de los límites psíquicos: egóticos e intersubjetivos. En estos cuadros marcados por una frágil constitución psíquica -narcisística y de los procesos de simbolización- el sufrimiento se expresa, sobre todo, por constantes amenazas de desintegración y aniquilamiento del yo, que pueden manifestarse por intensas sensaciones de despedazamiento y despersonalización. En consecuencia, de este conjunto de experiencias subjetivas, García (2010) señala que esos pacientes se diferencian bastante de aquellos con los que el campo psicoanalítico se encontraba en el siglo pasado, ya que las interpretaciones, por ejemplo, pueden intensificar la sensación de intrusión, el silencio del analista puede ser vivido como una amenaza de muerte. De acuerdo con Souza (2013), ese tipo de experiencia clínica impone una serie de impasses a la técnica psicoanalítica clásica, pues lo que se nota es la predominancia de aspectos referentes a la:

defusión pulsional, concebida como una amenaza desagregadora que impide el funcionamiento expresivo del proceso primario y del principio del placer y que resulta en la repetición de experiencias traumáticas y en la adopción de defensas primarias y empobrecedoras (...) que nada debe al retorno de lo reprimido. (Souza, 2013, página 24)

En el marco de las alteraciones más significativas en la técnica psicoanalítica, podemos constatar que éstas surgen a partir de 1920, o sea, concomitante a la investigación del exceso pulsional, que invade el aparato psíquico y se configura como una marca psíquica que retorna bajo la forma de la compulsión a la repetición (Freud, 1920/1976c). En esta perspectiva, el problema teórico-clínico está menos relacionado con la expresión del inconsciente en el consciente vía representación, a través de las formaciones del inconsciente y del retorno de lo reprimido, que, con la problemática de la producción de enlaces, es decir, de las simbolizaciones en análisis (Souza, 213)

Freud, frente a estas cuestiones, procura entonces, en “Análisis terminable e interminable” (1937/1975a), explicitar sus interrogantes relativas a las dificultades e incluso a los límites del método y de la práctica psicoanalítica. Y, posteriormente, en “Construcciones en Análisis” (1937/1975b), propone la alternativa de una construcción y comunicación, por el analista, de fragmentos narrativos, abriendo la posibilidad de una ampliación de la clínica con casos que se mostraban más resistentes a la técnica psicoanalítica, por ejemplo, las psicosis. Sin embargo, de una manera general, podemos notar que, en sus escritos técnicos, cuya finalidad es la formación de nuevos analistas y la difusión de la práctica analítica, predominan los casos de neurosis como modelos ejemplares a la técnica psicoanalítica (1912/2006a, 1912/2006b, 1913/2006c, 1914/2006d). En este sentido, podríamos considerar que los elementos que constituyen la técnica psicoanalítica, tales como la asociación libre como regla fundamental, el principio de abstinencia y la interpretación como la herramienta principal del analista, se justifican a partir del manejo clínico con pacientes neuróticos (Freud, 1914/2006d).

Según Souza (2013), la cuestión central de los impasses técnicos de la clínica contemporánea es que está compuesta, predominantemente, por pacientes no neuróticos: *borderlines*, pacientes limítrofes, psicóticos y casos de psicósomática. En otras palabras, el escenario contemporáneo está constituido por pacientes cuyo

sufrimiento psíquico se encuentra fuera del modelo de la neurosis, o sea, por un sufrimiento que no trae la marca de la conflictividad y cuyo dinamismo psíquico no se encuentra balizado hegemónicamente por la lógica de la represión. En cambio, estos cuadros traen a la superficie toda una problemática acerca de las fallas en los procesos iniciales de simbolización, lo que a su vez arroja luz sobre la importancia del estudio acerca de los primordios de la constitución subjetiva, y sobre todo de la calidad del ambiente en esos estadios iniciales. Este cambio de paradigma, en favor de patologías en las cuales los procesos iniciales de simbolización son fallidos, requiere un importante reajuste de la técnica psicoanalítica, que puede ser encontrado sobre todo en los trabajos de Sandor Ferenczi y posteriormente en Michael Balint y Donald Winnicott.

LAS DIFICULTADES CLÍNICAS Y REFORMULACIONES TÉCNICAS DE SÁNDOR FERENCZI

Ferenczi, partiendo de una clínica compuesta por “pacientes difíciles”, experimenta una serie de reformulaciones técnicas que apuntan a la ampliación de la intervención psicoanalítica para los casos clínicos que eran considerados no analizables o situados en los límites de lo analizable, como los casos psicósomáticos y las neurosis narcisística (Sabourin, 2011).

En un primer momento, Ferenczi busca obtener éxito respetando a su modo las coordenadas fundamentales de la técnica psicoanalítica clásica. De ese modo intensificando la situación de frustración, marcado por el principio de abstinencia, la técnica activa lograba, a través de inducciones y prohibiciones restituir la regla fundamental de la asociación libre siempre que la resistencia se mostraba insuperable a través de la interpretación (Ferenczi, 1919/2011a, 1921/2011b).

De una manera más minuciosa, podemos observar que Ferenczi se encuentra apoyado en la concepción de Freud acerca de la frustración como condición del padecimiento neurótico y del principio de abstinencia como regla que posibilita la mejor conducción del tratamiento psicoanalítico (Freud, 1914/2006d). En otras palabras, Ferenczi se basa en la tesis freudiana de que fue una frustración (*Versagung*) la que hizo enfermar al paciente, y que sus síntomas le sirven de satisfacciones sustitutivas. En ese sentido, se hacía necesario conducir el tratamiento psicoanalítico de modo que la libido del paciente, una vez liberada de sus formas cristalizadas de satisfacción, no reinviestiese inmediatamente a otros objetos. Esta energía libidinal debe ser orientada hacia las finalidades del tratamiento, lo que se traducía en una no atención a las demandas de satisfacción del paciente. Freud en el artículo “Observaciones sobre el amor transferencial” (1915/2006e) aborda explícitamente la cuestión de la abstinencia como un principio cuando escribe que:

el tratamiento debe llevarse a cabo en la abstinencia (...) dejando como principio fundamental que se debe permitir que la necesidad y el deseo se mantengan, con el fin de que ellas puedan servir de fuerzas que la inciten a trabajar y efectuar cambios, y que os debemos cuidar de apaciguar esas fuerzas por medio de sustitutos. (Freud, 1915/2006 y 182)

En 1919, en *Líneas de progreso en la terapia psicoanalítica* (Freud, 1919 [1918]/1976b), Freud defiende su tesis de que el análisis debe ser conducido dentro de una situación de frustración y añade un elemento importante para nuestro entendimiento de la técnica activa. Freud explicita que, si el sufrimiento del paciente se atenúa demasiado rápido, una vez que los síntomas desaparecen, “debemos restablecerlo otra vez, en la forma de alguna privación apreciable” (Freud, 1919 [1918]/1976b), p. 205). En caso contrario, Freud complementa, las mejoras en el tratamiento serán siempre insignificantes y transitorias. Podemos presentar como un ejemplo el caso clínico del “Hombre de los lobos”, publicado en 1918. El restablecimiento del sufrimiento a través de la intensificación de la situación de frustración se da cuando Freud, con el propósito de superar las resistencias de ese paciente, determina una fecha para la conclusión del tratamiento (Freud, 1918 [1914] / 1976a). Esta medida activa tomada por Freud será entonces considerada por Ferenczi para la constitución de la técnica activa.

En “Dificultades técnicas de un análisis de histeria” (1919/2011a), Ferenczi presenta el conocido caso de una paciente que tenía el hábito de cruzar las piernas durante las sesiones, apretando los muslos, uno contra el otro. Ferenczi observa ese gesto y lo comprende como una posible forma de masturbación. Así, el apretar los muslos en determinados momentos de la sesión podría ser entendido como una manera subrepticia de descargar las mociones inconscientes, permitiendo pasar sólo fragmentos inutilizables en el material asociativo. Ferenczi entonces, a partir de una orden, le impide continuar esa práctica. Esta actividad del analista tuvo como efecto tanto un aumento de tensión para la paciente como la emergencia de fragmentos de recuerdos que indicaban las circunstancias traumáticas de su enfermedad. Podemos observar cómo este ejemplo se encuentra apoyado en la concepción freudiana de que los síntomas son generados y mantenidos por la libido reprimida, constituyéndose así en la actividad sexual del paciente (Freud, 1905/1989). En este sentido, nada más correcto que buscar “desvincular la libido de sus formas cristalizadas de satisfacción, y ‘convocarla’ para las finalidades del tratamiento” (Mezan, 2014, págs. 291).

En términos económicos, la actividad del analista incide tanto en las manifestaciones corporales como las psíquicas en que la libido se encuentra estancada en formas “larvarias” de masturbación. Al prohibir esas satisfacciones, el analista colocaría a la libido una vez más en circulación con el fin de reinvestir el trabajo analítico, destrabando el proceso de asociación libre y permitiendo la recuperación de los recuerdos patógenos. La actividad busca, entonces, “provocar una nueva distribución de la energía psíquica del paciente (en primer lugar, de su energía libidinal), susceptible de favorecer la emergencia del material reprimido” (Ferenczi, 1921 / 2011b, p. 132). Resumidamente, la hipótesis de Ferenczi es que, si el análisis se encuentra estancado, o sea, si el paciente no trae ningún material nuevo que pueda ser conducido a los recuerdos patógenos, la libido entonces debe encontrarse fijada a ciertos elementos psíquicos/corporales de los cuales es necesario rescatarla. Si el método interpretativo tradicional se muestra ineficaz para la promoción de ese rescate, le corresponde al analista tomar medidas activas.

De esta manera, Ferenczi buscaba insertar en el proceso analítico formaciones sintomáticas que se encontraban “cortadas de cadenas asociativas verbales, clivadas, como si los analizandos no se viesen a sí mismos y no pudiesen ver lo que ellos representan a la mirada del otro” (Roussillon, 1998, p. 102). Entonces, él piensa la técnica activa como una herramienta que busca colocar a “los pacientes en condiciones de obedecer mejor la regla de la asociación libre (...) y así llega así a provocar o acelerar la investigación del material psíquico inconsciente”. (Ferenczi, 1921/2011b, página 117).

Cabe destacar aquí que la investigación pretendida por Ferenczi se refiere a los acontecimientos traumáticos que, en la actualidad de la transferencia, serían revividos para luego ser interpretados. En este sentido, para el autor, “la técnica activa sólo desempeña el papel de un agente provocador cuyas órdenes y prohibiciones favorecen repeticiones que permiten a continuación, interpretar o reconstituirse en recuerdos” (Ferenczi, 1921 / 2011b, p.135).

Sin embargo, lo que Ferenczi pudo notar fue que, al recrudecer la situación de frustración, la relación analista-paciente acababa reproduciendo la experiencia traumática en su peor perspectiva, que sería justamente la repetición de una situación de sumisión (Ferenczi, 1926 / 2011d). Así, en su revisión acerca de los efectos de la técnica activa, él afirma que la actividad lleva al médico a imponer a la fuerza su voluntad al paciente en una repetición exageradamente fiel de la situación padres/niño o de permitir posturas perfectamente sádicas de profesor. (Ferenczi, 1926/2011d, p. 404)

Atento a las vicisitudes de los procesos dinámicos de la situación analítica, Ferenczi percibe que la reserva de la analista exigida por la abstinencia era vivida por muchos pacientes como frialdad, dogmatismo y pedantería, impresiones que constituían un fuerte obstáculo para el éxito del análisis. Según Ferenczi:

[su] rigidez provocaba un aumento excesivo de la resistencia y una repetición demasiado literal de los acontecimientos traumáticos de la prehistoria infantil, y costaba mucho tiempo llegar a superar parte de los efectos nefastos de esa identificación inconsciente en el paciente. (Ferenczi, 1930/2011h, p.67):

Así, él se ve ante una serie de casos en que el principio esencial del análisis, el de la abstinencia, provoca una serie de efectos iatrogénicos; y la acumulación de casos semejante imposibilita que sean desconsiderados y tomados como una excepción a la regla (Ferenczi, 1928/2011f, 1930/2011h). En otras palabras, Ferenczi percibe que la radicalización de la situación de frustración, regida por el principio de abstinencia, y el aumento de tensión propuestos por la técnica activa impedían que los pacientes encontraran “otra solución más sana, para los conflictos ahora revividos en la transferencia” (Mezan, 2014, p. 345).

En ese momento, el problema que se impone para Ferenczi es el de concebir una práctica clínica que no produjese una repetición exacta de la experiencia traumática, lo que le conduce a una reducción de las exigencias de trabajo por medio de una flexibilización de las reglas inherentes a la técnica y una adaptación empática a las particularidades de cada analizando (Ferenczi, 1927/2011e, 1928/2011f). Así, Ferenczi se dirige hacia un enfoque distinto de la actividad inicial, pautada ahora en la elasticidad de la técnica y en el tacto.

Para Ferenczi, el tacto o la facultad de “sentir con” (*Einfühlung*) es lo que permite al analista:

saber cuándo y cómo se comunica algo al analizando, cuando se puede declarar que el material suministrado es suficiente como para extraer de él ciertas conclusiones; en qué forma la comunicación debe ser, en cada caso, presentada; como se puede reaccionar a una reacción inesperada o desconcertante del paciente; cuando se debe callar y aguardar otras asociaciones; y en qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente, etc. (Ferenczi, 1928 / 2011f, página 31)

En ese sentido, el tacto es concebido como una herramienta que permite al analista evaluar cuándo y cómo comunicar algo al paciente para que no haya un incremento de la resistencia. El trabajo del analista se va configurando, entonces, como una “oscilación perpetua entre ‘sentir con’, autoobservación y actividad de juicio” (Ferenczi, 1928/2011f, p.38) para que, finalmente, ocurra el momento de la interpretación.

Este cambio de enfoque alcanzó relevancia en el artículo “Principio de relajación y neocatarsis” (1930/2011h), en el cual el psicoanalista húngaro afirma que sus reformulaciones teórico-clínicas apuntan a la creación de una “atmósfera psicológica” favorable para que los traumas de la primera infancia se revivan en una situación distinta de la ocurrida en el pasado, evitando así la producción de nuevos traumas en la actualidad de la transferencia (Ferenczi, 1930/2011h). Este elemento que facilita una distinción entre pasado y presente, sin embargo, “no puede provenir de él [del paciente], ya que éste los revive. [Él] procede del ambiente, modelado por el analista” (Mezan, 2014, p. 349).

Ferenczi destaca algunos elementos que constituyen esa atmósfera, por ejemplo, la distensión y la confianza. Esos elementos dependen de lo que el autor (1930 / 2011h) define como una actitud amistosamente benevolente (*freundlichwohlwollende*) por parte del analista, y que necesita ser sentida por el análisis como una sincera expresión afectiva. Preocupado por la repetición demasiado literal de la experiencia traumática, Ferenczi busca, en la situación analítica, el mantenimiento de una atmósfera sincera y confiable, o sea, distinta de aquella en la que se constituyó el trauma. En este sentido, Ferenczi destaca que no se debe tratar al paciente con una severidad o un amor fingido, dejando de respetar la principal regla del psicoanálisis que es la sinceridad (Ferenczi, 1930/2011h). En su “Diario clínico” (1932/1990) indica, por ejemplo, en una nota del 7 de enero de 1932, que “la *naturalidad* y la *honestidad* del comportamiento constituyen el clima más adecuado y más favorable a la situación analítica” (Ferenczi, 1932/1990, p. 44, cursiva del autor). Así, como explicita Mezan (2014), el objetivo de Ferenczi sigue siendo vencer las resistencias, pero ahora en un sentido opuesto al de la técnica activa, pues “en vez de aplicar una contrafuerza, apuesta por la disminución de la necesidad de protegerse estimulando el desarrollo de la confianza en la benevolencia del analista” (Mezan, 2014, pág. 346).

El acceso al núcleo traumático permitido por la relajación forzó a Ferenczi a redefinir el espacio analítico. Este fue presentado en el artículo “Análisis de niños con adultos” (1931/2011i) como un espacio de juego,

aproximando el análisis con los niños al análisis con los adultos. De manera más detallada, las regresiones posibilitadas por la relajación permitirían la expresión, en el *encuadre*, de las impresiones primitivas de los eventos traumáticos. Impresiones que remiten a un período no verbal, donde el cuerpo es el lugar de inscripción primordial, y las sensaciones corporales experimentadas por los pacientes pueden ser tomadas como indicios de los acontecimientos traumáticos. En su “Diario clínico” (1932/1990), Ferenczi describe esa articulación entre cuerpo y trauma de la siguiente manera:

en los momentos de gran aflicción, frente a los cuales el sistema psíquico no está a la altura (...), fuerzas psíquicas muy primitivas despiertan y son ellas las que intentan controlar la situación perturbada. En los momentos en que el sistema psíquico falla, el organismo empieza a pensar. (Ferenczi, 1932/1990, p.33)

En el ámbito de la técnica, estas manifestaciones sintomáticas no justifican el enfoque dado al trabajo de rememoración, ya que no se puede rememorar “algo que nunca fue consciente” (Ferenczi, 1932/1990, 305). En ese sentido, la utilización de la interpretación como medio de acceso al material reprimido no obtendría ningún éxito terapéutico, pues esos recuerdos no remiten a un evento en el pasado que sufrió la acción de la represión. Frente a ese *impasse* técnico, podemos destacar el análisis por el juego como un intento de intervenir psicoanalíticamente en esas manifestaciones no verbales. Para Ferenczi:

lo que es curioso, en este juego, es no sólo que ciertas partes del cuerpo, como los dedos, las manos, los órganos genitales, la cabeza, la nariz, los ojos, se convierten en representantes de toda la persona y el escenario donde todas las peripecias de su propia tragedia son representadas y llevadas a la conciliación, sino también que se adquiere a través de ello una noción general de los procesos a los que he dado el nombre de *autoclivaje narcisista*, en la propia esfera psíquica, (Ferenczi, 1931/2011i, p.88, cursiva del autor)

Podemos destacar que la atmósfera producía por el principio de relajación y el manejo pautado en el juego, sostenido por el analista, tienen el propósito de acceder y crear posibilidades para la integración de ciertas partes escindidas de la subjetividad. Estas, como subraya Ferenczi, no se reducen a los fragmentos de recuerdos, sino que se extienden a lo que él llamó recuerdos inmovilizados en el cuerpo, que se expresan a través de las más diversas sensaciones corporales (Ferenczi, 1934/2011k). En general, Ferenczi buscaba investigar todo lo que se refería a la memoria de un período arcaico, incluyendo “el lugar de lo no representable, un lugar que no es el de la represión, [pues] está fuera del espacio psíquico de la representación por la imposibilidad de recordarlos” (Fontes, 2002, p. 41)

Según Roussillon (1998), el principio de relajación permitió que el analista se dirigiera al niño que fue el paciente y que sobrevive en el adulto que él es ahora. Más precisamente, aminorando tanto el principio de abstinencia como la postura fría y objetiva del analista (propias de la neutralidad más ortodoxa), Ferenczi consigue entrar en contacto con la parte infantil del paciente que fue clivada. El juego se configuraría entonces, a partir de la entrada del analista en la dimensión infantil en que está el paciente regresivo, lo que, a su vez, exige que el habla del analista sea “adaptada a la inteligencia de un niño” (Ferenczi, 1931/2011i, p.83).

Permitiendo jugar con sus pacientes, Ferenczi percibe que estos juegos contenían más de una realidad grave de la infancia. En el momento en que, a partir de estos procedimientos más o menos lúdicos, algunos pacientes comenzaron a sumergirse en una especie de trance alucinatorio, durante el cual realizaban ante mí acontecimientos traumáticos cuyo recuerdo inconsciente estaba igualmente disimulado tras las verbalizaciones lúdicas, (Ferenczi, 1931/2011i, p. 83)

Para Kupermann (2008), el principal aspecto del análisis como juego es la manera en que Ferenczi piensa la producción de sentido que se da en la situación analítica. El sentido se produce “en el propio ejercicio sensible del juego, siendo que su interrupción por intermedio de cualquier apelación intelectual o furor interpretativo destacado de la experiencia sólo podría incluso estropear el juego” (Kupermann, 2008: 83).

El material que emerge dentro de los límites del principio de relajación y de la modalidad de análisis por el juego surge como una confirmación a la hipótesis ferencziana en cuanto a la importancia primordial del factor ambiental en la etiología de las patologías psíquicas; lo que se contrapone fuertemente al psicoanálisis de su época, la cual, según el psicoanalista húngaro, se apoyaba casi exclusivamente en el origen intrapsíquico de la neurosis (Ferenczi, 1929/2011g, 1933/2011j).

Esta hipótesis es defendida de forma valiente en el artículo “Confusión de lenguas entre adultos y el niño” (1933/2011j), donde Ferenczi piensa la violencia traumática que está en juego en la relación del niño con el adulto como un efecto de una confusión entre el lenguaje del niño y el lenguaje de los adultos, es decir, cuando la pasionalidad de los adultos entra en confrontación con la ternura del niño¹. En esta dinámica, Ferenczi destaca que “lo peor es realmente la negación, la afirmación de que no sucedió nada (...) es eso, sobre todo, lo que hace el trauma patológico” (Ferenczi, 1931/2011i, p 91).

En su “Diario clínico” (1932/1990), Ferenczi describe el insoportable sentimiento de soledad, desesperanza y desempleo derivados de la desmentida, una vez que el ambiente/adulto, sobre el cual el niño depositaba una ciega confianza, no pudo ayudarlo ni comprenderlo y, sobre todo, desacreditó su relato. Por ausencia de defensas más consistentes frente a la situación traumática, el yo del infante intenta borrar definitivamente lo ocurrido por medio de una regresión traumática. Así, un dolor no experimentado o anestesiado por medio de clivajes en el yo tiene el objetivo de hacer al sujeto retornar a la tranquilidad anterior y no permitir el acceso al psiquismo de partes insoportables de la experiencia traumática.

En “Confusión de lenguas entre adultos y el niño” (1933/2011j), Ferenczi presenta un segundo resultado de los clivajes, la progresión traumática. En esta, hay una destrucción de una parte del yo, dejando subsistir a “otra que, en cierto modo, lo sabe todo, pero no siente nada” (Ferenczi, 1931/2011i, p.88). En estas situaciones, el impacto proveniente del ambiente acarrea un clivaje de la personalidad, haciendo que el infante tenga que renunciar a una parte de su yo y de sus afectos, para madurar prematuramente y poder suplir las fallas ambientales. En las palabras del psicoanalista húngaro:

una aflicción extrema y, sobre todo, la angustia de la muerte, parecen tener el poder de despertar y activar de pronto disposiciones latentes, aún no investidas, y que aguardaban tranquilamente su maduración. El niño que sufrió una agresión sexual puede, de repente, bajo la presión de la urgencia traumática, manifestar todas las emociones de un adulto maduro, las facultades potenciales para el matrimonio, la paternidad, la maternidad, facultades preformadas en ella. En ese caso, se puede hablar simplemente, en oposición a una regresión en la que hablamos de hábito, de progresión traumática (patológica) o de prematuración (patológica). Se piensa en los frutos que maduran y se hacen sabrosos demasiado pronto, cuando el pico de un pájaro los hiere, y en la madurez apresurada de un fruto pinchado. (Ferenczi, 1933/2011j, p.119)

Así, la importancia que Ferenczi le asigna a la desmentida en tanto el factor traumático por excelencia refuerza su concepción de que el ambiente tiene una importancia crucial, tanto en el sentido de la constitución de la experiencia traumática patológica como en la amortiguación y posible anulación de su impacto (Ferenczi, 1931/2011i, 1932/1990, 1933/2011j). Es en este sentido que Ferenczi destaca que:

1.- En este enfrentamiento entre los lenguajes de la ternura y la pasión, Ferenczi destaca tres tipos de situaciones traumáticas: el amor forzado, las medidas punitivas insoportables y el terrorismo del sufrimiento (Ferenczi, 1933 / 2011j).

se tiene la impresión de que estos choques graves se superan, sin amnesia ni secuelas neuróticas, si la madre está presente, con toda su *comprensión*, su *ternura* y, lo que es más inusual, con una *total sinceridad*. (Ferenczi, 1931 / 2011i, p 91, cursiva nuestra)

En el ámbito de la clínica, podemos subrayar que, en el período de 1928-1933, Ferenczi pasa a concebir la situación analítica como un espacio donde regresiones -cada vez más profundas y terapéuticas- puedan ser realizadas, y en donde el analista está presente con sus afectos y tacto. En este modelo, el énfasis se coloca en la función de acogida ejercida por el ambiente, para que haya la posibilidad de que ocurra una regresión terapéutica profunda, que retorne al momento de ternura anterior a la invasión pasional. Para ello, el analista debe “adoptar una actitud empática, cálida, permisiva, sincera, destinada a ofrecer al analizante otro resultado al trauma (del pasado)” (Roussillon, 1998: 105). Se trata de ciertas actitudes del analista que apuntan al establecimiento de una atmósfera de confianza, siendo ésta el elemento que marca el “*contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumatogénico*” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114, cursiva del autor).

Después de esta breve exposición, tenemos algunos elementos importantes para ser subrayados. La clínica con los pacientes difíciles hizo que Ferenczi trazara otras coordenadas y principios para la técnica psicoanalítica. En otras palabras, Ferenczi problematiza la técnica psicoanalítica clásica cuando pasa a articular con la repetición de la experiencia traumática en el análisis. La confiabilidad de la repetición pasó a relacionarse con la atmósfera de tensión producida por el principio de abstinencia y por la frustración de las demandas, así como la neutralidad y el silencio del analista ganan sus correlatos en la hipocresía y la desmentida vividos en el pasado traumático. A partir de esta problematización, podemos ver cómo la confianza, la sinceridad y la relajación pasan a configurarse como elementos centrales para producir una atmósfera distinta a la de la experiencia traumática. Esta atmósfera de confianza se creó a partir de una flexibilización de las reglas inherentes a la técnica y de una adaptación empática a las particularidades de cada análisis (Ferenczi, 1927/2011e, 1928/2011f), es decir, a partir de una elasticidad técnica y del tacto del analista.

LA AMPLIACIÓN DE LAS TESIS FERENCZIANAS: DONALD WINNICOTT Y MICHAEL BALINT

La obra de Winnicott, desarrollada años después del fallecimiento de Ferenczi, en 1933, profundiza muchos aspectos del estilo clínico ferencziano, entre ellos: la importancia de la adaptación activa del ambiente, de la regresión terapéutica y del juego.

En cuanto a la adaptación activa del ambiente, Winnicott retoma la tesis de Ferenczi (1927/2011e, 1929/2011g, 1933/2011j) y la hace la piedra angular de su concepción del desarrollo emocional primitivo (Kupermann, 2008). A su manera, Winnicott utiliza el término dependencia para formular cómo se dan los procesos pertenecientes al desarrollo emocional en sus inicios. En general, el autor sostiene que el bebé, al nacer, se encuentra en estado de dependencia absoluta, lo que exige un alto grado de adaptación del ambiente a sus necesidades. La madre debe proporcionar al recién nacido un ambiente suficientemente bueno, es decir, favorable a la evolución del Yo y a los procesos de maduración, donde no haya reacciones a la intrusión. Se constituye en este estadio una unidad dual entre la madre y el bebé.

En su artículo sobre “La preocupación materna primaria” (1956/2000b), Winnicott describe la relación peculiar del que forman parte la madre y su bebé, mostrando que existe, por un lado, la identificación de la madre con el bebé y, por otro, su dependencia con respecto a él. En ese momento la madre se coloca como una:

“madre devota corriente”, con su capacidad de adaptarse activamente a las necesidades de su bebé proveniente de su dedicación, que, mediante su narcisismo, su imaginación y sus memorias, está capacitada para saber a través de la identificación cuáles son las necesidades del bebé. (Winnicott, 1956 / 2000b, página 335)

De acuerdo con el autor, “el suministro de un ambiente suficientemente bueno en la fase más temprana de la vida le permite al bebé, comenzar a existir, a tener experiencias, a constituir un yo personal, a dominar los instintos y a afrontar las necesidades inherentes a la vida” (Winnicott, 1956/2000b, p. 403). La madre debe ser suficientemente buena y capaz de ejercer la función que Winnicott denominó de *holding*. Thomas Ogden, en “Sobre sostener y contener, ser y soñar” (2010), define al *holding* como un concepto ontológico relacionado con el ser y su relación con el tiempo, pues, al principio, “la madre protege la continuidad del ser del bebé, en parte aislándolo del aspecto ‘no yo’ del tiempo” (Ogden, 2010, p.121). De esta forma, la madre protege la continuidad del ser de su bebé, instaurando una temporalidad en su yo (con pasado, presente y futuro), lo que posibilitará el surgimiento de fallas menores en la adaptación del medio al lactante.

En la dependencia relativa, el niño pasa a tomar conciencia de su condición dependiente. En ese momento, comienza a surgir una capacidad de adaptación por parte del bebé a una falla gradual, y una desadaptación graduada del estado anterior. Según Winnicott,

cuando la madre está lejos por un tiempo superior al de la capacidad [del bebé] de creer en su supervivencia, aparece la ansiedad, y ésta es la primera señal que el niño percibe. Frente a eso, si la madre está ausente, el lactante simplemente falla en su habilidad especial de beneficiarse para evitar irritaciones o molestias, y ciertos desarrollos esenciales en la estructura del yo fallan en establecerse adecuadamente. (Winnicott, 1963/2008b, p. 84)

La etapa que se seguirá es la del camino a la independencia. En ese momento, el niño pasa a enfrentarse al mundo con todas sus complejidades, marcándose el inicio de las relaciones interpersonales. Es aquí donde todos los individuos permanecen hasta el final de la vida, ya que la independencia nunca se alcanza por completo. En este sentido, estaremos siempre en un proceso de maduración que nunca se cierra, de hecho, dejándonos siempre dependientes en alguna medida.

Partiendo de su concepción del proceso de desarrollo emocional, Winnicott relata, por ejemplo, que fallas derivadas de un ambiente que fue incapaz de adaptarse a las necesidades de las etapas más tempranas de dependencia, sobre todo, en su función de *holding*, pueden despertar en el niño intenso discomfort. Estos son nombrados por Winnicott como agonías impensables, pudiendo expresarse como sensaciones de despedazamiento, de estar cayendo en abismos sin fin, de no tener conexión alguna con el cuerpo y, por fin, de carecer de orientación (Winnicott, 1962/2008a).

Para el psicoanalista inglés, las fallas derivadas de un ambiente que fue incapaz de adaptarse a las necesidades de las etapas más iniciales de dependencia, sobre todo, en su función de *holding*, exigen del bebé reacciones defensivas que, dependiendo de la intensidad y de la etapa del desarrollo del infante, pueden producir severas distorsiones en la organización yoica. Estas reacciones a las fallas ambientales provocan rupturas en la continuidad del ser del bebé, que, en una etapa tan primitiva del desarrollo, son vividas como agonías que no pueden ser nombradas, pensadas, representadas, ni integradas. En esta perspectiva, la experiencia traumática se presenta como la instauración de cortes y puntos de fijación en la continuidad del ser del bebé, lo que acarrea una abrupta maduración del psiquismo en sus etapas más primitivas.

Figueiredo (2002) y Haynal (2002) subrayan que los trabajos de Winnicott sobre los efectos patológicos del trauma, más allá de aclarar el concepto de clivaje, se encuentran en una línea de continuidad con los últimos escritos de Ferenczi. Así, aproximando los conceptos winnicottianos de *verdadero self* y *falso self* al término ferencziano de progresión traumática, Figueiredo (2002) explicita que después de un choque traumático:

una parte traumatizada queda en estado de bloqueo, silenciosa y retraída (un *verdadero self* protegido y enjaulado, pero también apagado y mortificado). Por otro lado, la parte eficaz y operativa (el *falso self*), a veces muy diligente y elegante, en realidad funciona, en casos extremos, casi como un autómatas, como algo inorgánico en actividad, como un organismo mineralizado. (Figueiredo, 2002, p.12, cursiva del autor)

Esta operación que instituye un *falso self*, hermoso y sabio, que envuelve y protege al *verdadero self*, según Haynal (2002), profundiza la tesis ferencziana acerca de los efectos psíquicos derivados de la adaptación exigida al niño por un ambiente no empático, como indica su metáfora del “bebé sabio” (Ferenczi, 1933 / 2011j). Ferenczi utiliza esa metáfora para ilustrar los efectos de la abrupta madurez subjetiva del infante frente a un ambiente no acogedor y hostil. El choque traumático producido en esa situación hace que el infante, por medio de clivajes, renuncie a una parte de su yo y de sus afectos en un esfuerzo de desempeñar el papel de madre o padre, para sí mismo y para los que están a su alrededor, es decir, de cuidador, de sí y de los adultos.

En la clínica pensada por Winnicott, la regresión se presenta como una herramienta terapéutica fundamental para alcanzar esas etapas de dependencia características de la relación primordial madre-bebé, porque solo así hay “una nueva oportunidad para que el desarrollo ocurra, ese mismo desarrollo que había sido inviabilizado o dificultado inicialmente por la falla del ambiente” (Winnicott, 1954/2000a, p.38). Sin embargo, estas regresiones sólo serán terapéuticas si la relación analítica es permeada por lo que Winnicott nomina como confiabilidad, es decir, una particular relación que remite a la confiabilidad en el ambiente primario. El analista confiable es aquel que logra ofrecer un ambiente de *holding*, siendo capaz, por lo tanto, de sostener al paciente, sobrevivir a sus ataques y adaptarse a sus necesidades, por más regresivos que sean. En ese punto, es importante resaltar que Winnicott piensa las necesidades del paciente en estado de regresión, como correlacionadas a la etapa de dependencia absoluta. Así, ellas deben ser entendidas como necesidades psíquicas primarias del paciente/bebé y no como deseos sexuales, los cuales son posteriores genealógicamente (Winnicott, 1954/2000a).

Como hemos visto, la confiabilidad y la regresión son elementos centrales en la clínica con estos pacientes graves, exigiendo al analista un cuidado especial, “porque la regresión a la dependencia va a reeditar justamente el fracaso del *holding* y la confiabilidad del ambiente precoz” (Lejarraga, 2008, (p. 133). En otras palabras, el cuidado está referido al manejo de la regresión, que busca, como objetivo terapéutico, la instauración de una nueva oportunidad para que el desarrollo ocurra, ese mismo desarrollo que había sido inviabilizado o dificultado inicialmente por la falla del ambiente” (Winnicott, 1954 / 2000a, p. 378).

El manejo clínico winnicottiano en estas situaciones de regresión se constituye a partir de un juego mutuo, en el que el analista necesita entrar en contacto con el paciente de una manera empática. Como señala Kupermann (2008), el desarrollo winnicottiano de un abordaje terapéutico a través del juego establece una continuidad al estilo clínico inaugurado por Ferenczi, pues uno de los mayores objetivos del análisis por el juego era hablar con el niño que habita al paciente y no hablar del niño por la interpretación.

De manera general, a partir de esta breve exposición, podemos constatar que la importancia conferida a la calidad del encuentro afectivo que se establece en el proceso terapéutico es una característica distintiva en las obras de Ferenczi y Winnicott, pues cada uno a su manera, presenta colaboraciones importantes sobre el manejo con pacientes severamente traumatizados. Otro punto igualmente común y con posibles complementariedades entre los autores se encuentra en el estudio acerca de los mecanismos de defensa primitivos y de sus efectos en el psiquismo. Así, habiendo presentado la manera en que Winnicott retomó ciertas tesis ferenczianas y las amplió, pasemos ahora a Michael Balint, cuyo desarrollo teórico-clínico se encuentra igualmente pautado en una clínica compuesta por pacientes cuya problemática psicopatológica se sitúa en los primordios de la constitución subjetiva.

Desde sus primeros trabajos, Balint (1932/1952a) retoma la senda abierta por Ferenczi y cuestiona los principios de abstinencia y neutralidad del analista, indicando que ciertas gratificaciones posibilitan que los pacientes experimenten nuevas maneras de amar y odiar los objetos con los que se relacionan. No se trata de satisfacer todas las demandas del paciente, sino de observar cuál es la forma tomada por la regresión en la relación transferencial. Así, Balint distingue dos tipos de regresión que pueden ocurrir en análisis: la regresión maligna, que se caracteriza por una insaciabilidad y voracidad con el fin de gratificar los impulsos pulsionales, y la regresión benigna, que se dirige hacia lo que Balint denomina de nuevo comienzo, es decir, una regresión que conduce a una progresión no traumática. El nuevo comienzo es resultado, por lo tanto, de una regresión benigna que implica la apertura de posibilidades para una nueva forma de investidura del

sí mismo y de los objetos. Cabe destacar aquí que estas nuevas experiencias presuponen la instauración de regresiones dentro de una atmósfera sincera, inocente e inofensiva la cual, según el autor, se asemeja al ambiente aún no diferenciado, armonioso y de mezclas interpenetrantes, característico del amor primario. A esa atmósfera analítica particular, Balint da el nombre de *arglos*.

A partir de esas concepciones, podemos apreciar como Balint, desde sus primeros escritos, confiere un lugar central a la creación de una atmósfera analítica de confianza, que facilite una regresión al estadio de inocencia, a un período en el que las defensas aún no están definidas. Es en ese sentido que él afirma que, en el curso del tratamiento, los pacientes necesitan volver a ser “capaces de entregarse al amor, al placer, a la diversión, tan intrépida e inocentemente como lo pudieron hacer durante su primera infancia” (Balint, 1932 (1952a, 162).

Podemos constatar cuánto de las ideas de regresión benigna y de un nuevo comienzo son tributarias de la enseñanza de Ferenczi. En “El niño mal acogido y su pulsión de muerte” (1929/2011), por ejemplo, Ferenczi resalta que el análisis debe crear condiciones de posibilidad para que el paciente disfrute por primera vez de la irresponsabilidad de la infancia, lo que equivale a introducir impulsos positivos de vida y razones para seguir existiendo” (Ferenczi, 1929/2011, p. 51). Lo que Ferenczi está subrayando es el papel del analista en la creación de una atmósfera en que haya cierto nivel de relajación, de *laissez-faire*, distinta de aquella de la experiencia traumática. Esta atmósfera de confianza se creará a partir de la atención de ciertas demandas de los pacientes. Sólo de esa manera ellos tendrían la posibilidad de vivir aquello que no fue vivido debido al trauma. En “Principio de relajación y neocatarsis” (1930/2011h), Ferenczi hace salvedades al principio de relajación que son análogas a la preocupación de Balint acerca de la gratificación de exigencias pulsionales (malignas), advirtiéndole que, en situaciones regresivas, “no será admitida a satisfacción de deseos activamente agresivos ni de deseos sexuales, así como muchas otras exigencias excesivas” (Ferenczi, 1930/2011h, p.76).

La acumulación de experiencias clínicas con la regresión benigna y el nuevo comienzo permitieron que Balint (1935/1952c) ampliase la importancia que Ferenczi atribuía al ambiente para la constitución psíquica y emocional. Así, partiendo de la hipótesis planteada por Ferenczi en “Thalassa: ensayo sobre la teoría de la sexualidad” (1924/2011c), de que la primera etapa del desarrollo erótico del sentido de la realidad es la etapa del amor de objeto pasivo, Balint constata que los impulsos más primitivos, incluso aquellos descritos como autoeróticos, están primero ligados a un ambiente armónico cuyos objetos aún no se encuentran delimitados. Según Balint:

en primer lugar, hay una inequívoca relación objetal primitiva-infantil, y ésta -si no es correctamente comprendida y tratada- resulta en demandas irrealizables y en un estado narcisista bastante desagradable para todo el ambiente (como es el caso de un niño mimado); pero si se maneja correctamente, proporcionará una relación sin conflictos para el sujeto y para aquellos a su alrededor. (Balint, 1935/1952c, p.193)

De modo mucho más detallado, el amor primario es el estado en que nace el individuo, en el cual se encuentra inmerso en una “intensa relación con su entorno, tanto biológica, como libidinalmente” (Balint, 1967/1993, p.68). La necesidad de ser amado incondicionalmente es la forma primaria del amor, un tipo particular de relación de objeto, en la cual aún no hay una distinción nítida entre el yo y el mundo. Para Balint,

la etapa más temprana de la vida mental extrauterina no es narcisista: está dirigida a objetos, pero esa relación objetal precoz es pasiva. Resumidamente su objetivo es: yo debo ser amado y satisfecho, sin estar bajo ninguna obligación de dar algo a cambio. (Balint, 1937/1952d, p.98)

Esta relación objetal primaria tiene como base la relación madre-bebé, en la cual ambos se encuentran en sintonía, sin la exigencia de satisfacciones unilaterales. “En verdad lo que es bueno para uno va bien

para el otro” (Balint, 1935/1952c, página 102). La fase del amor primario está marcada, por tanto, por una mezcla interpenetrante armoniosa. En “Emociones y Regresiones”, de 1959, Balint describe esta etapa del desarrollo como un momento en el que todavía no hay objetos, “aunque ya haya individuo, está rodeado, casi flota, en sustancias sin fronteras exactas; las sustancias y el individuo se interpenetran, es decir, ellos viven en una mezcla armoniosa” (Balint, 1959/1987, p.67).

Esta posición es, paradójicamente, una relación objetal, en la que aún no hay propiamente una representación del sujeto ni del objeto. Se encuentra basada en la dependencia amorosa que no se caracteriza por la satisfacción pulsional en términos de descarga, sino por la idea de un “bienestar”, de una “mezcla armoniosa” e interpenetrante. por lo tanto,

el amor primario es una relación en la cual sólo un socio puede tener demandas y reivindicaciones; el otro socio (o socios, y el mundo en su totalidad) no puede tener intereses, deseos, demandas personales. Hay, y debe haber, una completa armonía, y una completa identidad de deseos y satisfacciones. (Balint, 1959/1987, página 22)

En este marco, la investidura del entorno es primaria en relación con la investidura narcisística, la cual aparecería como una reacción al rompimiento o la desarmonía de la anterior sensación de unidad. Así, para Balint, todo narcisismo es, por definición, secundario. Podemos subrayar que esta concepción de un momento inicial basado en una unidad, armoniosa, interpretante, y paradójicamente relacional constituye una crítica que Balint hace la teorización de Freud sobre el narcisismo primario.

En su revisión de la obra freudiana, el autor afirma que Freud conservó tres puntos de vista distintos acerca del narcisismo primario. Balint destaca como siendo el más antiguo pasaje sobre el tema que se presenta en los “Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad” (1905/1989). En ella, Freud postula que, en principio, la pulsión sexual se dirige hacia un objeto exterior al cuerpo del niño y que, en un segundo momento, tras la pérdida de ese objeto, la pulsión se tornaría auto-erótica. Freud resalta que la pérdida de ese objeto primario marca una tendencia a la restauración de esa primera relación objetal, y constituye, por ejemplo, el modelo de todas las futuras relaciones amorosas. Por lo tanto, “el encuentro del objeto es, en realidad, un reencuentro” (Freud, 1905/1989, página 209). En este trabajo, Freud presenta, en una nota a pie de página añadida en 1915, el descubrimiento de otra modalidad de satisfacción sexual, a saber, la satisfacción del encuentro narcisístico.

En el trabajo “Sobre el Narcisismo: Una introducción” (1914/1974), Freud presenta una segunda teoría sobre el narcisismo primario y las primeras relaciones con el ambiente. En esta nueva concepción, el narcisismo surge como una etapa intermedia entre las pulsiones auto-eróticas, presentes desde el principio, y las futuras relaciones de objeto.

La última mención que Freud hace sobre este tema se encuentra en el “Esquema de psicoanálisis” (1940 [1938]/1975c), en el que afirma que, en principio, toda la medida disponible de libido se almacena en el Yo, y que “llamamos este estado absoluto de narcisismo primario. [Este] perdura hasta que el Yo comienza a catectizar las ideas de los objetos con la libido, a transformar la libido narcisista en libido objetal” (Freud, 1940 [1938]/1975c, p. 176).

Ante estas tres visiones freudianas acerca de las relaciones más primitivas con el medio ambiente, Balint resalta la importancia de la observación clínica (Balint, 1967/1993, págs. 59). Para él, Freud conserva tres teorías sobre los primordios de las relaciones objetivas (amor objetal primario, autoerotismo y narcisismo primario) sin tomarlas como contradictorias o excluyentes. Así, este enfoque se vuelve extremadamente amplio e improductivo clínicamente. Para Balint, la descripción que Freud hace del narcisismo primario podría ser supuesta sin la exigencia de un hecho clínicamente observable. El narcisismo secundario, por otro lado, posee datos clínicos observables y describe un estado en el que parte de la libido que se encontraba investida en objetos externos es retirada para volverse hacia el Yo (Balint, 1937/1952d).

Balint propone, entonces, que coloquemos de lado las contradicciones inherentes al concepto de narcisismo

primario para poder pensar en una nueva teoría sobre las relaciones más primitivas con el ambiente. Así, además de las definiciones que se basan en el concepto de narcisismo (primario o secundario), Balint ofrece otra posibilidad de reinversión libidinal igualmente primitiva, que resulta en las experiencias ocnofílica y filobática con el entorno/ambiente.

De manera sucinta, ocnofilia y filobatismo son términos creados por Balint para describir experiencias relacionadas al amor primario. El tipo de experiencia ocnofílica se caracteriza por una inversión primaria cuyo objetivo es adherirse a los objetos emergentes frente a la angustia de separación, introyectándolos. El ocnofílico siente los objetos invertidos como seguros y tranquilizadores, mientras que los espacios entre ellos son sentidos de manera amenazadora y pueden provocar intensa angustia. De manera distinta, la experiencia filobática está marcada por la sensación de que los objetos son peligrosos y constituyen obstáculos a la satisfacción. En “Emociones y Regresiones” (1959), Balint distingue estas experiencias de la siguiente manera:

[el mundo filobático] consiste en expansiones amistosas dotadas más o menos densamente de objetos peligrosos e imprevisibles. Se vive en las expansiones amistosas evitando cuidadosamente contactos arriesgados con objetos potencialmente peligrosos. Mientras el mundo ocnofílico está estructurado por la proximidad física y por el toque, el mundo filobático se estructura por la distancia segura y la visión. (Balint, 1959/1987, página 34)

Ambas experiencias traen consigo, cada una a su manera, una vivencia ilusoria frente a la emergencia inesperada de un objeto peligroso con el que ahora será necesario negociar. El ocnofílico vive la ilusión de estar a salvo una vez que se encuentra adherido al objeto (*safeobject*). El filobata vive la ilusión de que el apego exclusivo a su equipamiento le garantiza libertad para circular con seguridad frente a los peligros proporcionados por los otros objetos. Estas dos concepciones de experiencias primitivas refuerzan la hipótesis balintiana de un mundo aún más primitivo, el del amor primario, caracterizado por una armoniosa mezcla de sustancias. De acuerdo con este paradigma, el trauma se configura por la incidencia de fallas en el paso de esa situación de armonía originaria de la fase del amor primario a la constitución más precisa y definitiva de los objetos, lo que funda entonces la noción balintiana de falta básica (Balint, 1967/1993).

En su experiencia clínica, Balint nota que, en la medida en que sus pacientes regresaban hacia el nivel de la falta básica, surgían demandas de gratificaciones primitivas al analista/ambiente. Tales pedidos consistían en un tipo de demanda bastante específica, una especie de demanda de amor incondicional, que, aunque libidinal, no sería propiamente erótica, sino tierna. Esta constatación permite a Balint pensar ciertos fenómenos transferenciales como determinados por las expresiones filobáticas y ocnofílicas en cuanto reacción al trauma, o sea, como una defensa contra el miedo de ser abandonado.

Los procesos regresivos que alcanzan el nivel de la falta básica exigen cambios en el manejo clínico, pues la dinámica operante no es la del conflicto, sino la de una adhesividad que, mediante alguna interferencia -como, por ejemplo, la de una interpretación del analista-, puede acarrear sentimientos insoportables. Por lo tanto, dada la precocidad con relación al período edípico, el manejo de esas experiencias vinculadas a la falta básica se diferencia de los preceptos de la técnica clásica, en el cual los pacientes “sienten la interpretación del analista como interpretación” (Balint, 1967/1993, p.9) y se rige por un modelo que acentúa la presencia del analista/ambiente en su función de acogida de las experiencias regresivas

Estas descripciones nos permiten observar cómo Balint subraya la importancia del ambiente desde los primordios de la infancia, ya que éste constituye el entorno sobre el cual el niño establecerá sus primeras relaciones objetales. Así, es posible constatar que el énfasis en el manejo clínico recae sobre la calidad de la relación que se establece en el *setting*, y tiene como base la creación y mantenimiento de un ambiente de confianza, en el cual el analista es el objeto sobre el cual el paciente irá transferir sus afectos más primitivos. Esto sólo es posible con la preservación, por parte del analista, de una “pasividad elástica, con una conducción benevolente de la transferencia y con el control de su contratransferencia.” (Balint,

1933/1952b, p.178, cursiva nuestra). La elasticidad y la benevolencia, como hemos visto, constituyen dos elementos centrales que componen el campo fundamental de problematizaciones de Ferenczi acerca de la regresión terapéutica y de la atmósfera psicológica en la situación analítica, sobre todo a partir del principio de relajación y de la neocatarsis.

CONSIDERACIONES FINALES

En la esfera de Ferenczi, podemos apreciar como Winnicott y Balint, cada uno a su manera, acentúan la dimensión primaria de la constitución subjetiva y extraen de ella importantes consecuencias clínicas. Así, una vez que esa dimensión comporta experiencias que están más allá de la pura satisfacción pulsional y que se expresan a partir de experiencias afectivas de ternura, armonía o tranquilidad, ciertos cambios en relación con la posición del analista en la dinámica transferencial se hacen necesarios. En la perspectiva relacional-objetal, defendida por esos autores, hay un énfasis en la calidad afectiva de la intervención en el *setting* analítico, una vez que ese espacio es pensado como un lugar en el cual puedan ocurrir regresiones que visen la integración de fallas ocurridas en los procesos iniciales de subjetivación. Por lo tanto, la calidad del analista/ambiente en sus capacidades empáticas para la acogida de manifestaciones regresivas, así como la creación y mantenimiento de una relación de confianza con el paciente, se vuelven extremadamente importantes.

En la clínica contemporánea, podemos acompañar una presencia cada vez más constante de pacientes cuyo sufrimiento no puede ser referido a una organización psíquica que se encuadre en una concepción más rígidamente estructurada de neurosis, psicosis o perversión (Peixoto Junior, 2013). Así, se hace patente la necesidad de reconfigurar los parámetros de la técnica a ser empleada en esos casos. No se trata de un descarte del modelo clásico en la conducción de un análisis o de la dimensión pulsional de la experiencia, sino de una exigencia, surgida de los *impasses* clínicos, en concebir una técnica que esté imbuida de una teorización acerca de los aspectos primitivos de la subjetivación, conforme en profundidad por los aportes balintianos y winnicottiano.

Lo que nos interesa destacar con el presente trabajo es que en la clínica psicoanalítica contemporánea ya no se puede pensar en un mantenimiento riguroso del modelo de análisis que se basa, estrictamente, en la posición de neutralidad, atención fluctuante e interpretación, así como tomar la regla de la asociación libre como un canon. Los *impasses* suscitados por la clínica con pacientes limítrofes, borderlines y psicóticos exigen reformulaciones técnicas que tengan en cuenta las fallas primitivas en la constitución psíquica y la necesidad de acogida de manifestaciones que no están en el ámbito del retorno de lo reprimido o de la lógica de la represión.

Así, buscamos explicitar cómo el cambio de paradigma inaugurado por las contribuciones teórico-clínicas de Ferenczi, y posteriormente ampliadas por Balint y Winnicott, pueden ayudarnos a pensar los *impasses* técnicos contemporáneos. En ese sentido, estamos de acuerdo con Souza (2013) cuando afirma que los desarrollos teóricos de estos autores se han vuelto imprescindibles, ya que, en la contemporaneidad, el papel del analista es “pensado más en términos de acogida y sustentación de experiencias traumáticas que se repiten, que de neutralidad y atención flotante para la escucha de las asociaciones libres” (Souza, 2013: 21).

REFERÊNCIAS

- Balint, M. (1952a). Character Analysis and New Beginning. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 159-173). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1932)
- Balint, M. (1952b). On transference of emotions. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 174-187). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1933).
- Balint, M. (1952c). The final goal of psychoanalytic treatment. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 188-199). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1935).
- Balint, M. (1952d). Early developmental states of the ego: Primary object-love. In Primary love and

- psychoanalytic technique (pp. 90-108). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1937).
- Balint, M. (1987). Thrills and Regressions. Connecticut: International University Press. (Originalmente publicado em 1959).
- Balint, M. (1993). A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1967).
- Ferenczi, S. (1990). Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente escrito em 1932 e publicado em 1985).
- Ferenczi, S. (2011a). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 3, pp. 1-8). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1919).
- Ferenczi, S. (2011b). Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol.3, pp. 117-135). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1921).
- Ferenczi, S. (2011c). Thalassa: ensaio sobre a teoria da sexualidade. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 3, pp.277-357). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1924).
- Ferenczi, S. (2011d). Contraindicações da técnica ativa. In: S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 3, pp.401-412). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1926).
- Ferenczi, S. (2011e). Adaptação da família à criança. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 1-15). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1927).
- Ferenczi, S. (2011f). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 28-42). São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Originalmente publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011g). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 55-60). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1929).
- Ferenczi, S. (2011h). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp.61-78). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1930).
- Ferenczi, S. (2011i). Análises de crianças com adultos. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 79-95). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1931).
- Ferenczi, S. (2011j). Confusão de línguas entre adultos e a criança. In: S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp.111-121). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1933).
- Ferenczi, S. (2011k). Notas e fragmentos. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 268-325). São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1934).
- Figueiredo, L. C. (2002). A tradição ferencziana de Donald Winnicott: Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. Revista Brasileira de Psicanálise, 36(4), 909-927.
- Fontes, I. (2002). Memória corporal e transferência: Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Freud, S. (1974) Sobre o Narcisismo: Uma introdução. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 89-119). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente em publicado em 1914).
- Freud, S. (1975a). Análise terminável e interminável. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 241-287). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1937).
- Freud, S. (1975b). Construções em Análise. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 290-304). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1937).
- Freud, S. (1975c). Esboço de psicanálise. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 165-273). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1940[1938]).
- Freud, S. (1976a). História de uma neurose infantil. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das

- Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 17, pp. 13-151). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente em publicado 1918 [1914]).
- Freud, S. (1976b). Linhas de progresso a terapia psicanalítica. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 17, pp.199-211). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919[1918]).
- Freud, S. (1976c). Além do princípio do prazer. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Freud, S. (1989). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. V, pp. 118-228). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (2006a). A dinâmica da transferência. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2006b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2006c). Sobre o início do tratamento. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913).
- Freud, S. (2006d). Recordar, repetir e elaborar. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (2006e). Observações sobre o amor transferencial. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 175-188). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Garcia, C. A. (2010). Trauma e narcisismo negativo: Questões para a clínica contemporânea. In M. R. Cardoso & C.A Garcia(Orgs.). Entre o eu e o outro: Espaços fronteiriços (1ª ed., pp. 65-76). Curitiba: Juruá Editora.
- Haynal, A. (2002). Disappearing and reviving. In S. Ferenczi. The History of Psychoanalysis. London: Karnac.
- Kupermann, D. (2008). Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lejarraga, A. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. In Natureza Humana, 10 (2), 115-148.
- Mezan, R. (2014). O tronco e os ramos: Estudos de história da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras.
- Ogden, T. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In Esta arte da Psicanálise (pp. 121-138). Porto Alegre: Artmed.
- Peixoto Junior, C. A. (2013). Michael Balint: A originalidade de uma trajetória psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter.
- Roussillon, R. (1998). L'aventure technique de Ferenczi. In T. Bokanowski, K. Kelley-Lainé, G. Pragier (dir.) SándorFerenczi. Monographies de la Revue française de psychanalyse (pp. 99-110). Paris: PUF.
- Sabourin, P. (2011). Sándor Ferenczi, un pionnier de la clinique. Paris: Éditions Campagne Première.
- Souza, O. (2013). As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In L. C. Figueiredo, B. B. Savietto, & Souza, O. (Orgs). Elasticidade e limite na clínica contemporânea (1ª ed., pp. 21-36). São Paulo: Editora Escuta.

- Winnicott, D. (2000a). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Originalmente publicado em 1954).
- Winnicott, D. (2000b). A preocupação materna primária. In Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Originalmente publicado em 1956).
- Winnicott, D. (2008a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In O Ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp.55-61). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1962).
- Winnicott, D. (2008b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In O Ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1963).

* Psicólogo (PUC-Rio); maestría en Psicología Clínica de la Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC- Rio); miembro de Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP - Rio)

** Psicoanalista; Profesor del Departamento de Psicologia y del Programa de Pós-graduação en Psicologia Clínica da PUC-Rio; miembro de Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos.

Dirección para correspondencia:
Eduardo Cavalcanti de Medeiros
Rua Doutor Girondino Esteves, 105
Rio de Janeiro, RJ, 22460-200.
Email: eduardocmed@gmail.com

Carlos Augusto Peixoto Junior
Rua Belisario Távora, 521/102
Rio de Janeiro, RJ, 22245-070.

Publicado en: Revista Subjetividades, vol.16 N° 2, Fortaleza, Agosto 2016.

Versión electrónica en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-7692016000200004&lng=pt&nrm=iso

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter-7