

FREUD Y CONCEPTO DE REGRESIÓN.

Michael Balint
En “La Falta Básica”
Capítulo 19

Puede probarse fácilmente que el concepto de regresión es tan antiguo como el psicoanálisis, si no más antiguo. Esto podría sorprender a muchos que saben que la palabra “regresión” apareció impresa por primera vez en el último capítulo, teórico, de *La interpretación de los sueños* (1900).

Esa fue su primera modesta aparición. Freud necesitaba el concepto para explicar la naturaleza alucinatoria de los sueños que los diferencia del recuerdo. Freud suponía una dirección normal o “progresiva” de los procesos de la psique adulta, que comenzaban con la percepción de un estímulo, se dirigían primero hacia el pensamiento y luego a la acción, la cual apunta a reducir la tensión causada por el estímulo. Si la acción es imposible o resulta inadecuada puede producirse un movimiento hacia atrás, un movimiento retrogresivo o “regresivo”, que en la vida normal de vigilia llega sólo hasta las huellas mnémicas. Una regresión más allá de este punto enderezada a revivir los elementos perceptivos de la experiencia, es decir, hacia la alucinación, es una de las características psicológicas de los sueños.

Y, como dije, ésta fue una primera modesta aparición del concepto. Se presentaba la regresión como un mecanismo menor de defensa, mucho menos importante que la represión. Para ilustrar esta diferencia Freud discute la regresión sólo una vez, al final de *La interpretación de los sueños*, y para él su papel no es más que el de una medida transitoria contra un impulso o deseo reprimido, es decir, una contribución menor al trabajo del sueño. Con todo, en aquella época la idea de regresión ya tenía un pasado e iba a tener un futuro. Para decir algo de este último, haré notar que Anna Freud (1936), en su enumeración de los mecanismos de defensa, colocó la regresión en el primer lugar y la represión sólo en el segundo.

En cuanto al pasado de este concepto, resulta difícil dar una fecha exacta de su nacimiento, pero parece probable que éste haya sido estimulado por el contacto de Freud con Brücke o Breuer. En el capítulo teórico de *La histeria* (1895, pág. 189), Breuer usó el adjetivo *rückäufig* (retrogresivo) para designar los procesos psicológicos en la alucinación, y lo usó exactamente en el mismo sentido en que iba a hacerlo Freud cinco años después en *La interpretación de los sueños*. Por otro lado, tanto en su artículo publicado “Las neuropsicosis de defensa” (1894), como en “Manuscrito H” (enero de 1895), publicado póstumamente, Freud caracterizó las alucinaciones como procedimientos de defensa contra ideas incompatibles. De manera que no puede haber duda alguna de que el concepto de regresión como mecanismo defensivo es muy antiguo, aunque no puede afirmarse con certeza cuándo nació exactamente ni si fue descubierto por Breuer o por Freud.

El concepto afín, pero más general de regresión como importante factor en la patogénesis de neurosis, psicosis, perversiones, etc., es enteramente de Freud y fue elaborado después del otro, aunque las primeras alusiones a él aparecen en la obra embriológica de Freud publicada en 1877 y 1878; en la Conferencia XXII de su *Introducción al psicoanálisis* (1916-17), Freud empleó esos descubrimientos embriológicos para ilustrar la función patógena de la regresión. Pero en los años posteriores, la palabra “regresión” no aparece ni en los primeros escritos de Freud ni en el análisis de Dora (1905) ni en el Gradiva (1907) ni en el de Juanito (1910). Las primeras alusiones de tanteo a la idea psicológica pueden discernirse en algunos pasajes de la primera edición de los *Tres ensayos* (1905), pero sólo en la tercera edición (1915) Freud manifestó explícitamente que la regresión era un importante factor patógeno. La verdadera fecha de este cambio parece situarse entre 1909 y 1910, cambio marcado por las Cinco Conferencias (1909) y los artículos sobre el Hombre de las Ratas (1909), Leonardo da Vinci (1910) y Schreber (1911), que era la época en que Freud

se debatía con el problema del narcisismo. La conexión entre estas dos ideas, el narcisismo, por lado, y la regresión como factor patógeno, por otro, sería un tema sumamente interesante para un estudio histórico.

Freud resumió el aspecto teórico de estas dos funciones de la regresión -como mecanismo de defensa y como factor patógeno- en 1914 en la tercera edición de *La interpretación de los sueños* (pág. 548). Aquí distingue tres aspectos de regresión: el topográfico, el temporal y el formal. El movimiento “hacia atrás” de los procesos psíquicos, “que transforman pensamientos en imágenes” (pág. 544), no se produce sólo en el espacio, es decir, entre las varias instancias del aparato mental, sino también en el tiempo, desde el presente hacia experiencias anteriores. Por último, y tal vez sea la más importante característica, la observación clínica de que durante la regresión las experiencias psíquicas aparentemente se desintegran en sus componentes pasados y vuelven a surgir en el aparato mental formas más simples de experiencia.

Esta distinción de las tres formas o aspectos de regresión parece clara, convincente y terminante. Pero cobramos la primera impresión de que las cosas tal vez no son tan simples como parecen, cuando descubrimos que en su artículo, escrito a un año después, “Suplemento metapsicológico de la teoría de los sueños” (1917, pág. 227), Freud distingue solo dos formas de regresión, la topográfica y la temporal,⁽¹⁾ y deja completamente de lado el aspecto formal, que hoy sin duda alguna sería considerado el más importante.

Ahora bien, la cuestión es esta: ¿debemos considerar semejante discrepancia como un hecho carente de importancia o tratarlo -siguiendo el propio ejemplo de Freud- como un caso de olvido que indicaría una aversión por el tipo formal de regresión? Es posible que esa aversión influyera en el lento desarrollo de toda la idea. La regresión entendida como mecanismo de defensa necesitó por lo menos cinco años para ver la luz del día; la regresión como factor patógeno tardó otro diez o quince años en concretarse.

Además, hay aun otra función de la regresión, también con una larga historia anterior, a la que Freud volvió una y otra vez durante el siguiente período (alrededor de 1912-20); se trata de la función de la regresión como parte de la transferencia, especialmente puesta al servicio de la resistencia. La actitud de Freud frente a este complejo fenómeno, designado con expresiones cuya significación se superpone, tales como transferencia, exoactuación, compulsión a la repetición y regresión, podría caracterizarse como extremadamente cautelosa.

Esa actitud ya aparece con toda claridad en el capítulo técnico de *La histeria* (1895, pág. 301-304). Aunque allí no se emplea la palabra “regresión”, Freud caracterizó vívidamente la forma regresiva de la transferencia como un “obstáculo”. Y en los años posteriores cada vez que Freud volvió a considerar el problema de la transferencia no dejó de subrayar que la forma regresiva de transferencia era la clase de resistencia más potente. Sin duda, la transferencia era una aliada del tratamiento analítico, pero sólo en su forma adulta, afectuosa e inhibida en su fin.⁽²⁾ Por otro lado, la transferencia podía convertirse en un peligro muy serio para el tratamiento analítico si el analista en virtud de sus interpretaciones no lograba separar en ella: a) la transferencia negativa y b) la transferencia positiva de impulsos eróticos reprimidos debidos al revivir de relaciones con imagos anteriores, es decir, con elementos regresivos (“La dinámica de la transferencia”, 1912).

En su clásico artículo “Recordar, repetir y elaborar” (1914), Freud reconocía plenamente que ciertos pacientes no podían recordar algunas partes de su pasado emocional pero que debían “exoactuarlas” en su relación con el analista, es decir, que la transferencia debía entenderse también como una repetición del pasado olvidado del paciente, que se había hecho inaccesible a cualquier otro medio; y Freud admitía que esa repetición era en parte provocada por el tratamiento analítico mismo, pues era una de las consecuencias de la “nueva” técnica de la libre asociación. Ello no obstante, Freud no dejaba de repetir el cauto consejo de que el analista sólo debía responder a estos fenómenos interpretándolos. Primero, este consejo fue expresado con el término “abstinencia”, por ejemplo, en su artículo “Sobre el amor de transferencia” (1915, pág. 165), y luego, unos pocos años después, en su artículo del Congreso de Budapest (1918, pág. 162) con el término más vigoroso de “privación”.

1.- Debo a James Strachey haberme llamado la atención sobre esta especial discrepancia, así como sobre varios detalles referentes al desarrollo primero del concepto de regresión.

2.- E. Bibring amplió esta idea para forjar el concepto de “alianza terapéutica” (artículo presentado en el Congreso de 1936)..

La abstinencia y la privación, impuestas por el analista a su paciente, parecen medidas un tanto severas, pero no hay duda de que ellas expresan bien lo que Freud consideraba necesario hacer cuando trataba una forma regresiva de transferencia.

Con todo, el desarrollo de estos conceptos de Freud no se detuvo aquí. El próximo paso fue reconocer la forma regresiva de transferencia como uno de los síntomas de la poderosa compulsión a la repetición, extender esta idea a la biología y postular sobre esta base la existencia de un instinto de muerte, una tendencia siempre constante a la regresión, es decir, a volver desde el estado actual a un estado que existía antes, en última instancia, pasar de la vida a la muerte (*Más allá del principio del placer*, 1920).

En relación con esto es importante observar que los dos fenómenos que Freud usó como ilustraciones del poder de la “compulsión a repetir” son la conducta de los niños en el juego y la conducta de los pacientes en la transferencia, especialmente en la transferencia de regresión.

Y aquí nos encontramos ante un dilema: si la regresión en la transferencia es un síntoma de la compulsión a la repetición provocada por la fuerza del instinto de muerte, ¿tendrán alguna posibilidad de éxito nuestros intentos de imponer la abstinencia y la privación a nuestros pacientes? Por otro lado, ¿nos es lícito inferir, del hecho de que en muchos casos de pacientes en estado de regresión el tratamiento analítico puede terminar con éxito, que después de todo la fuerza del instinto de muerte tal vez no sea tan arrolladora? Estas preguntas nunca se formularon y, por cierto, tampoco Freud lo hizo.

La regresión tiene aun otra función, la de aliada en la terapéutica analítica. Que yo sepa, Freud trató esta función sólo una vez, pero en esa oportunidad lo hizo de una manera enfáticamente positiva. Se ocupó de este tema en un pasaje de su “Historia del movimiento psicoanalítico” (1914, págs. 10-11). Como ya dije, el término “regresión” no aparece en el análisis de Dora, pero diez años después, en su ensayo histórico, Freud declaraba con admirable precisión que todo intento de resolver los efectos patológicos de un trauma reciente mediante el análisis directo había fracasado y que hubo que permitir que Dora hiciera un largo rodeo, que la condujo a su primera niñez, antes de que fuera posible encontrar una solución del conflicto del momento, Freud coronó su discusión del caso señalando cuán falaz era pasar por alto “la regresión en la técnica analítica”. A pesar de esta declaración no conozco ningún pasaje de los escritos de Freud que trate con amplitud los problemas de la regresión terapéutica, ni los de la regresión defensiva o de la regresión patógena. Además, Freud manifestó explícitamente, poco antes del pasaje que acabamos de citar, que ya había sido observada la regresión durante el tratamiento cuando Breuer y él mismo usaban el método catártico: “Descubrimos el proceso mental, característico de la neurosis, que posteriormente hube de llamar “regresión””; y luego continuaba, en el mismo aliento por decirlo así, con el ejemplo del análisis de Dora. De manera que no puede existir duda de que la observación de que la regresión es un importante factor terapéutico es tan antigua como el psicoanálisis mismo, si no más antigua aun.

La situación es, pues, bastante desconcertante. Freud reconoció que la regresión durante el tratamiento era un importante factor terapéutico en los anteriores casos en que utilizaba el método catártico; esta observación fue confirmada por el análisis de Dora y ciertamente también por otros. Asimismo tenemos prueba impresa de que la idea teórica de regresión fue una de las más antiguas; sin embargo, tuvo que esperar hasta 1900 para aparecer impresa, y más de otros diez años hubieron de pasar hasta que Freud reconociera plenamente toda su significación como un factor en la patogénesis. A partir de entonces, el concepto tuvo una trayectoria espectacular, pero sólo en sus aspectos negativos, como una temible forma de resistencia, luego como síntoma de la compulsión a la repetición y por último como el ejemplo clínico más importante del instinto de muerte. Por otro lado, el papel de la regresión como aliada terapéutica sólo fue mencionado una vez, muy a la carrera, y luego aparentemente olvidado o eclipsado por sus aspectos amenazadores. En los capítulos 22 y 23 volveré a ocuparme de esta aparente incongruencia.

De manera que el consejo de Freud de cómo tratar la regresión durante el análisis fue absolutamente consecuente... tal vez con una transitoria excepción, aunque aun es discutible si se justifica llamar en absoluto excepción a esta excepción. Freud aconsejaba que cualquiera fuera el grado de regresión del paciente el analista conservara su normal actitud de simpatía y objetividad pasiva y respondiera a los anhelos y deseos vehementes del paciente sólo interpretándolos. En su artículo “Observaciones sobre el amor de transferencia” (1915, pág. 16), Freud hasta declaraba que no era aconsejable ir más allá de ese punto, porque

los casos en que semejante actitud fracasa revelan por lo general ser inadecuados para el análisis. Es esta actitud de no responder la que está descrita en la aseveración “el tratamiento debe llevarse a cabo en el estado de abstinencia o de privación”.

Consideremos ahora la discutible excepción. Alrededor de fines de la Primera Guerra Mundial, poco después de su análisis con Freud, Ferenczi inició sus experimentos técnicos que -en su primera fase llamados de “técnica activa”- fueron enteramente respaldados por Freud. El principio guía de esta fase era el de que en el momento oportuno el analista propusiera al paciente que se expusiera (y hasta que las produjera intencionalmente) a situaciones que determinarían un considerable aumento de tensión en el paciente. Se esperaba que esta intervención tuviera dos resultados: la irrupción en la conciencia de pulsiones instintuales hasta entonces reprimidas, lo cual cambiaría un síntoma desagradable en una grata satisfacción, y reanudar el flujo de asociaciones del paciente transitoriamente interrumpido. En su artículo del Congreso de Budapest (1918), ya mencionado, Freud justificadamente afirmó que era suya la idea original que estimuló estas innovaciones técnicas y citó sus dos experimentos: a) que pacientes agudamente agorafóbicos deberían ser inducidos a exponerse a la situación temida, y b) en ciertos casos, como el del Hombre de los Lobos, el analista debería fijar un día para dar por terminado el tratamiento. Freud confirmó las conclusiones de Ferenczi de que, si la intervención se realizaba en el momento oportuno y de la manera conveniente, el resultado se traduciría en un gran progreso del tratamiento.

Espero que ahora resulte claro por qué llamé a este procedimiento técnico una discutible excepción a la regla general. Por una parte, este procedimiento puede considerarse como una extensión lógica de la norma de abstinencia o privación; aquí no se da satisfacción a los anhelos o deseos vehementes del paciente sino que se le impone una tensión aun mayor. Por otra parte, el procedimiento significa ciertamente hacer algo más que interpretar la transferencia regresiva, o no tan regresiva, del paciente; significa abandonar la actitud de simpatía y objetividad pasiva al responder de una manera específica a algo que hay en el paciente. Además, a la luz de lo que sabemos por los experimentos de Ferenczi y de otros realizados después, parece bastante cuestionable que al elevar la tensión del paciente se logre el objetivo apuntado de la privación o se logre algo completamente diferente.

Así y todo, en algunos casos el avance logrado de este modo tuvo suficiente ímpetu para durar hasta la terminación del tratamiento analítico; en otros casos, desgraciadamente en la mayoría, el ímpetu fue disminuyendo poco a poco y el paciente sufrió una recaída. Freud previó esta posibilidad, y cuando sus experiencias lo convencieron de que aquí el éxito era engañoso e impredecible, abandonó esta idea que ya no mencionó en sus escritos posteriores a 1918.

Ferenczi tuvo las mismas experiencias que Freud, pero estaba tan impresionado por la naturaleza muy primitiva de las reacciones de su paciente a las intervenciones que él practicaba que decidió ampliar su estudio y variar las intervenciones mientras continuaba con el trabajo analítico. Descubrió de esta manera que los traumas patógenos infantiles, cuando eran reactivados por el tratamiento analítico, parecían tener para emplear una expresión moderna- una estructura bifásica.

En la primera fase, el infante o el niño parece haber estado sometido a un traumático estímulo, excesivo o insuficiente, por parte del ambiente, representado éste por los objetos adultos más importantes; cuando en la segunda fase el niño trata de obtener reparación, consuelo o mera comprensión de los mismos adultos, éstos -bajo la influencia de sus sentimientos de culpa conscientes o inconscientes- niegan toda participación en la fase anterior y muestran con sus palabras y conducta que realmente no sabían que se iba a armar tanto alboroto; o para usar nuestra terminología, aunque tienen una actitud de simpatía y objetividad muestran claramente que no habían intervenido en la fase anterior. Ferenczi tuvo que admitir que la repetición de la situación traumática en virtud de su propia intervención activa (al observar luego los hechos con el habitual desapego analítico) era muy similar en su estructura al trauma original, y llegó a la ulterior conclusión de que la técnica analítica clásica, cuando inducía al paciente a recordar o a repetir el trauma original, mientras el analista mantenía su actitud de pasividad objetiva, podía en ciertos casos crear condiciones parecidas a las producidas por la intervención activa (“Notas y fragmentos”, 4-111932, en *Final Contributions*, 1955).

Una vez llegado a este punto, a Ferenczi le pareció evidente el próximo paso. Si el trauma original consistía en el estímulo excesivo o insuficiente por parte del ambiente, con la subsiguiente falta de comprensión y

con la indiferencia de ese mismo ambiente, luego el objetivo del tratamiento debía ser: a) ayudar al paciente a “regresar” a la situación traumática, b) observar cuidadosamente qué grado de tensión el paciente será capaz de soportar en ese estado, y c) cuidar de que la tensión permanezca aproximadamente en ese nivel respondiendo de manera positiva a los deseos, anhelos y necesidades del paciente en estado de regresión. Un subproducto de esta investigación fue el primer estudio intensivo de la relación de médico y paciente y el descubrimiento de lo que hoy se llama la técnica de las interpretaciones de la contratransferencia (Ferenczi, 1930, 1931 y 1932).

Fue en este punto donde el desacuerdo de Freud y Ferenczi se hizo crítico. Freud predecía que sería imposible satisfacer incondicionalmente todas las necesidades de un paciente en estado de regresión, que todo intento de esta índole mejoraría el estado del paciente sólo mientras el analista fuera capaz de estar continuamente a disposición del paciente y, por fin, que la mayoría de tales pacientes, aun cuando mejoraran algún tanto, nunca llegarían a ser realmente independientes.

La controversia entre Freud y Ferenczi nunca quedó zanjada. Ferenczi murió antes de terminar sus últimos experimentos. La muerte del analista es siempre un acontecimiento en alto grado traumático para todo paciente, pero lo es especialmente para el que se encuentra en estado de profunda regresión. Con esto no quiero decir que los resultados de Ferenczi habrían sido todos favorables si el terapeuta hubiera vivido suficientemente para dar fin a sus experimentos; pero deseo ciertamente decir que en semejantes condiciones no puede responderse a esta pregunta con un simple sí o no, basándonos en las observaciones clínicas referentes a la última serie de pacientes de Ferenczi.

En el capítulo 23 volveré a ocuparme de este tema.

Michael Balint. La Falta Básica. Capítulo 19. Editorial Paidós, 1989.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE