

SIGMUND FREUD Y SANDOR FERENCZI¹.

Gisela Parana Sanches²

“El médico debe ser neutro para sus pacientes, y como un espejo no debe mostrarles nada a sus pacientes, excepto aquello que éste refleja. (Freud, 1912e, p. 157).

“¿...no será natural, y también pertinente, ser abiertamente un ser dotado de emociones, a veces capaz de empatía, a veces abiertamente irritado? Lo que quiere decir mostrarse sin disfraces, tal como uno se lo demanda al paciente. (Ferenczi, 1932, p. 132)

INTRODUCCIÓN.

Cuando el 2 de febrero de 1908 Sigmund Freud y Sandor Ferenczi se encontraron en Viena por primera vez, ciertamente ninguno de los dos podía imaginar cuan fructífero, rico y decisivo para la historia del psicoanálisis sería esta nueva relación.

Después de un largo periodo de íntima y dedicada colaboración, trabajando como uno de los más leales defensores de la “causa” freudiana, Ferenczi fue, paulatinamente, alejándose de Freud concibiendo aquello que sería lo más innovador de su obra.

A pesar de que siempre mantuvo a su ex-analista como el principal referente de sus trabajos, varios fueron sus puntos de conflictos con Freud. La etiología y el papel del trauma en las perturbaciones psíquicas, los límites terapéuticos del psicoanálisis, y la participación estructurante del psicoanálisis en la relación terapéutica y los destinos de todos los análisis fueron tal vez las más importantes de ellas. La comprensión sobre qué es lo que era la contratransferencia y de cómo debería ser utilizada en la clínica surge, como una de las más interesantes y fructíferas cuestiones en el campo de la técnica analítica a partir de la controversia Freud-Ferenczi.

Sin embargo, a diferencia de aquellos discípulos que se volverían disidentes de Freud (como Gustav Jung y Alfred Adler, por ejemplo), Ferenczi nunca rompió de forma definitiva los fuertes lazos intelectuales, profesionales y emocionales que lo ligaron a Freud, hasta su muerte en mayo de 1933.

Sin la pretensión de desarrollar y profundizar en las múltiples e intrincadas cuestiones implícitas en la relación Freud-Ferenczi -lo que nos llevaría mas allá de los límites de este trabajo- nos vamos a centrar solo en la interesante idea de una “afiliación paradójica” (Schneider, 1991) de Ferenczi en relación a Freud, es decir el supuesto de que varios de los temas desarrollados por Ferenczi serían precisamente algunos de los cuales, en la obra de Freud, aparecen *como latentes, disociados (podríamos decir estratégicamente) no trabajados*.

La idea de que un maestro (profesor, supervisor o analista) “enseña” a su discípulo (alumno, supervisado o paciente) mas allá de aquello que sabe, también e ineludiblemente aquello que el conscientemente “no sabe” -por reprimido, escindido o suprimido en su trasmisión- nos parece especialmente fructífera tratándose de las obras de Freud y de Ferenczi.

1.- Este artículo es una versión resumida y modificada de los capítulos 3 y 4 de la disertación de Maestría, de la autora titulada “Sandor Ferenczi y las bases para una nueva concepción de la relación psicoanalítica” presentada a PUC-SP en junio de 1994.

2.- Psicóloga. Maestría en Psicología Clínica de la PUC-SP; miembros el Departamento de Psicología del Instituto Sedes Sapientiae, de Sao Paulo y profesora de Psicología de la Universidad Paulista (Unip/Objetivo).

Es en esta línea de raciocinio que Figueira (1993) desarrolla la idea de que los textos técnicos de Freud establecen *tres niveles de comunicación* con el lector. Para él, un examen cuidadoso de las sugerencias de Freud sobre la práctica del psicoanálisis, nos llevaría a percibir tres diferentes niveles que implican, cada uno de ellos, una diferente relación de poder entre Freud y el lector. Esos niveles se orientan respectivamente de “afuera hacia adentro en relación al analista”, esto es, expresan recomendaciones primariamente comportamentales, para luego focalizarse en el funcionamiento psíquico del analista durante las sesiones y, finalmente su organización psíquica (o su personalidad), estos niveles no explicitados por Freud, aparecen según Figueiras (1993), de forma clara en los textos de Freud, como, por ejemplo, en su artículo “Recomendaciones a los médicos que ejercen el psicoanálisis” de 1912:

“Las reglas técnicas que estoy presentando aquí, logradas por mi propia experiencia, en el transcurso de los años, después de que algunos resultados poco afortunados me habían llevado a abandonar otros métodos. Se aprecia fácilmente que ellas (o por lo menos muchas de ellas) pueden ser resumidas en un solo precepto... Mi esperanza es que esta observación les ahorre a los médicos que ejercen el psicoanálisis mucho esfuerzo innecesario y protegerlos contra algunas eventualidades. Debo, sin embargo, dejar en claro que lo que estoy afirmando es que esta *técnica es la única apropiada a mi individualidad; no me atrevo a afirmar que un medico constituido de un modo enteramente diferente pueda verse llevado a adoptar una actitud diferente en relación a sus pacientes y a la tarea que se le presenta*” (Freud, 1912e, p.149; cursiva mía)

Considerando la cita arriba citada, Figueira (1993) analiza estos niveles de comunicación establecidos por Freud siendo el primero de ellos definido de la siguiente forma:

“Nivel I: resume las indicaciones del superyó técnico del psicoanálisis modelo IPA (Asociación Internacional de Psicoanálisis), indicaciones que son también una ética, y que sufre ataques, relativizaciones, y alteraciones de todo tipo, viniendo inclusive del propio Freud. (cf. Figueira, 1992c)” (Figueira, 1993, p.1)

El segundo nivel representa la contrapartida, para el analista de la “regla fundamental del psicoanálisis” establecida para el paciente, es decir, referida al modo de funcionamiento psíquico necesario de atención flotante para el analista, y de asociación libre que corresponde al paciente. Este nivel es descrito por Figueira como sigue:

“Nivel II: resume las bases de una “clínica del analista”; las reglas no son -como pasaba en el nivel anterior- médico-quirúrgicas, y mucho menos religiosas como su fueron convirtiéndose después de su institucionalización, pero son reglas resumibles en un único precepto que coordinara como en ciertas prácticas orientales, cual debe ser el posicionamiento subjetivo del analista para que pueda existir un análisis” (Figueira, 1993, p.1)

El tercer y último nivel, puede ser definido de la siguiente manera:

“Nivel III: en contradicción y relativizando los niveles anteriores, Freud afirma la derivación de esta técnica de su personalidad, individualidad, aludiendo a la posibilidad de la emergencia de otras técnicas a partir de otras organizaciones subjetivas (abriendo con ello la posibilidad de pensar una técnica en tanto estilo)” (Figueira, 1993, pp.1-2, cursivas mías)

Como muestra Figueira, se puede ver que, apenas en un párrafo, que muy bien podría pasarnos desapercibido, que Freud: a) utiliza el poder de autoridad como fundador del psicoanálisis y de su larga experiencia clínica para hacer más persuasivas sus recomendaciones técnicas que, como sabemos son predominantemente negativas y se refieren básicamente a reglas comportamentales (no anotar durante las sesiones, no dar consejos, no mantener contacto físico, etc.); b) alienta la necesidad de una alteración en el funcionamiento psíquico del analista (la atención flotante, por ejemplo); y c) señala la posibilidad de muchos desarrollos técnicos diversos de los que, por la razón de su autoridad deseaba promover, a partir de las personalidades de los analistas.

Pero ¿que podemos entender al final? ¿Pero que debemos someter a las reglas ya ‘robadas y avaladas por las autoridades máximas del psicoanálisis? o ¿A que estamos libres -autorizados por el propio fundador del psicoanálisis- a adecuar nuestra técnica analítica a nuestra propia personalidad?

No es difícil suponer, por lo tanto, que Freud había establecido una relación que propongo denominar aquí de “doble vínculo de transmisión” con sus discípulos, especialmente con aquellos que habían estado en

análisis con él. (cf. hay sorprendentes relatos de ex-pacientes y ex-alumnos que muestran la discrepancia entre aquello que él formalmente recomendaba y el modo como de hecho procedía, citados por Haynal, 1988)

Parece bastante probable que muchas de las “desviaciones” o “disidencias” ocurridos dentro de sus seguidores deben haber contado con una amplia colaboración de Freud quien, de forma sutil, sabía sugerir caminos alternativos.

En el caso de Ferenczi, se puede observar como el desarrollo de su obra va gradualmente, y cada vez con mayor claridad, caminando en dirección al segundo, y principalmente al tercer nivel propuesto por Freud. Ello equivale a decir que el florecimiento de aquello que hay de original en el pensamiento de Ferenczi es directamente proporcional al rechazo personal profesional de Freud, *porque cada vez está más próximo de aquello que, en la obra de Freud, corresponde a lo no-oficial, a lo latente, a lo disociado*. En consecuencia, no es de extrañar que sus ideas hayan producido tamaño embarazo e incomodado de forma tan intensa el establishment psicoanalítico (aquello que hasta ese momento era representado casi exclusivamente por la propia persona de Freud).

En ese mismo trabajo, Figueira explica:

“...toda codificación supra-personal en el campo de la técnica psicoanalítica genera automáticamente la posibilidad lógica de su “espalda” -que es la problemática de la derivación de la técnica a partir de la personalidad. El primero en explorar esta “otra problemática” fue Ferenczi, pero eso había oscurecido una cuestión más amplia en la organización del campo analítico: epistemológicamente pensado, no es la obra de Ferenczi la que crea esta dimensión, sino que es Freud quien genera esta dimensión está excluida de su codificación oficial. Es esto lo que explica, más allá del desarrollo del psicoanálisis, el surgimiento de varios Ferenczi, sin que necesariamente haya habido contacto directo o de formación intelectual ente ellos. (...) Este tercer nivel, es entonces, una gran represión de esta codificación normativa de Freud, pues es justamente la cuestión de derivación personal de la técnica que Freud no va a poder desarrollar explícitamente, y que acaba dejando en las manos del genio clínico de Ferenczi y de otros.”(Figueira, 1993, p. 2)

Es exactamente a partir del desarrollo de ese tercer nivel de comunicación de los trabajos técnicos freudianos -o sea de la derivación personal de la técnica tal como es definida por Figueira- lo que se va a establecer como el concepto de contratransferencia en la obra de Ferenczi.

Como veremos, Freud siempre mantiene una concepción negativa del fenómeno de la contratransferencia. En verdad el término “contratransferencia” es utilizado por el apenas tres veces a lo largo de veintitrés volúmenes de sus obras completas.

Es en 1910, en “Las perspectivas futuras de la terapéutica psicoanalítica “que el término aparece por primera vez. En ese artículo Freud expresa su visión de la contratransferencia como algo a ser superado o excedido para que el analista vuelva a trabajar en condiciones adecuadas:

“Nos hacemos conscientes de la contratransferencia que en él [el analista] surge como resultado de la influencia del paciente sobre sus pacientes y la superará.” (Freud, 1910d, p.130; cursivas mías).

Y, en “Observaciones sobre el amor de transferencia”, de 1915, las dos últimas referencias directas al fenómeno contratransferencial aparecen, indicando, en lo primero, su carácter negativo e indeseable:

“Para el médico el fenómeno [o amor transferencial del paciente en relación al analista] significa un esclarecimiento valioso y una advertencia útil contra cualquier tendencia a una contratransferencia que puede estar presente en su propia mente.” (Freud, 1915a, pp.209-210; cursiva mías)

Y, la segunda, la reiteración de la necesidad de una posición neutra -por tanto libre de sentimientos contratransferenciales- del analista:

“...no debemos abandonar la neutralidad para con el paciente, que adquirimos por mantener controlada la contratransferencia”. (Freud, 1915a, pp.214; cursiva mías)

Es importante recordar aquí que, contrariamente a lo que ocurre con Ferenczi a lo largo de toda su obra, las inquietudes terapéuticas iniciales de Freud fueron cediendo lugar a un profundo y gradual pesimismo respecto a la eficacia clínica del psicoanálisis. “Nunca fui un terapeuta entusiasta”, declaró en sus “Nuevas conferencias introductorias” (Freud, 1933a). Ya Kardiner habría confesado:

“No tengo gran interés por los problemas terapéuticos. En este momento, me siento muy impaciente.

Tengo una serie de hándicaps, que me descalifican como un gran analista” (Kardiner, 1977, p. 69, citado por Haynal, 1988, p.4; traducción mía)-

El largo y sufrido desarrollo teórico clínico recorrido por Ferenczi lo había convencido de que sus pacientes con graves compromisos de estructura egoicas, como nosotros -hoy en día sabemos- de organización borderline o psicótica como aquellos de quien él se ocupaba, exigían un tipo de relación terapéutica esencialmente distinta de aquellas enseñadas por Freud, Ello equivalía a decir que la posición de neutralidad técnica, en la cual Freud insistía en sus escritos técnicos, parecía a Ferenczi incompatible al trabajo terapéuticos con ese tipo de pacientes, hecho que puede haber contribuido en el sentido de llevar a Freud a sentirse mas y mas impotente en el análisis de sus pacientes...

Más allá de la indignación con la hipocresía de “haga lo que yo digo, pero no lo que yo hago” (Hoffer, 1991, p. 469) que expresaba la actitud de Freud, Ferenczi se rebelaba contra la insensibilidad presente en la postura distante e hierática de su ex-analista. Cuando todas las indicaciones (derivadas de sus más recientes experiencias clínicas) apuntaban a un modelo relacional mucho más igualitario, afectivo, sincero y humano, Freud se mostraba gradualmente más impaciente, intelectualizante, y poco disponible afectivamente.

2. DIALOGO DE INCONSCIENTES

En “Recomendaciones a los médicos que practican el psicoanálisis”. (Freud, 1912c) define su genial descubrimiento sobre la forma por la cual los contenidos latentes del discurso del paciente pueden ser captados por el analista. En este artículo el escribe:

“Es fácil entender con qué fin las diferentes reglas que introdujo convergen (...) Todas ellas se orientan a crear, para el médico, una contrapartida a la regla fundamental del psicoanálisis” establecidas para el paciente. Así como el paciente debe relatar todo lo que su autoobservación pueda detectar, e impedir todas las objeciones lógicas y afectivas que lo llevan a realizar una selección de ellas, *también el médico debe ponerse en posición de hacer uso de todo lo que le es dicho para fines de interpretación e identificar el material inconsciente oculto, sin sujeccionar a su propia censura la selección de aquello que el paciente reprimió.* Para formularlo mejor: él debe convertir su propio inconsciente, en un órgano receptor, en la dirección de un inconsciente transmisor del paciente. Debe ajustarse al paciente como un receptor telefónico se ajusta a un micrófono transmisor. Así como el receptor transforma de nuevo en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas en línea telefónica fueron creadas por ondas sonoras, del mismo modo las el inconsciente del médico es capaz, a partir de los derivados de inconsciente que les son comunicados, de reconstruir ese inconsciente, de reconstruir ese inconsciente, que determinó las asociaciones libres del paciente.” (Freud, 1912e, p 154; cursiva mías).

Pero una vez, la inteligencia clínica de Ferenczi lo llevó a realizar una inversión lógica de ese descubrimiento de Freud: si es verdad que el analista puede colocarse en la posición de (a través de la atención flotante) de captar y decodificar los mensajes transmitidos por el inconsciente de sus pacientes, no sería posible pensar que *¿también el paciente* pudiese hacerlo en relación a su terapeuta? Fue pensado de este modo que Ferenczi fue percibiendo la necesidad de una franqueza y autenticidad de parte del analista que desea obtener buenos resultados terapéuticos con sus pacientes, ya que los “pacientes perspicaces no tardan en darse cuenta de desenmascarar toda pose fabricada” (Ferenczi, 1928, p.32) La idea era de que muchos análisis llegaban a situaciones de impasses o terminaban precoz o abruptamente en el momento exacto en que algo era admitido por el analista, muchas veces *en que lo propio*, era captado inconscientemente por el analista. En 1933. El escribe:

“Llegue poco a poco a la convicción de que los pacientes percibían con mucha sutilezas los deseos, las tendencias, los humores, las simpatías y antipatías del analista, incluso aquello de que el mismo es inconsciente...” (Ferenczi, 1933, p. 98; cursivas mías)

En ese mismo trabajo, el va a comentar sobre la problemática de la cuestión de la *hipocresía profesional* la que en paralelo a la insinceridad personal consciente e inconsciente del analista va a obstaculizar el proceso terapéutico:

“Una gran parte de la crítica señalada (del paciente en relación al analista) tiene relación con lo que se podría llamar la hipocresía profesional. Acogemos cordialmente al paciente cuando el llega, le pedimos que

nos haga participe de sus asociaciones, le prometemos, también, escucharlo con atención y dedicarle todo nuestro interés a su bienestar ya su trabajo de clarificación. En realidad, es bien posible que ciertos rasgos, externos e internos, del paciente nos sean difíciles de soportar. E incluso, podemos sentir que las sesiones de análisis generan una perturbación desagradable en una preocupación profesional más importante, o una preocupación personal e íntima. También en ese caso no veo otro medio que no sea tomar conciencia de nuestra propia incomodidad y de hablar sobre ello con el paciente, admitirlo, no solo como posibilidad sino también como un hecho real. Señalamos que renunciar así a la “hipocresía profesional” considerada hasta ahora como inevitable, en vez de dañar al paciente, le proporcionaba por el contrario, un extraordinario alivio.” (Ferenczi, 1933, p.99).

Ferenczi sigue las indicaciones de Freud, quien pronto se había dado cuenta de que el análisis solo es posible si el analista se encontraba en una determinada posición subjetiva. En su artículo de 1912, “Recomendaciones a los médicos que ejercen el psicoanálisis”, según Figueira (1993), Freud describe siete puntos fundamentales sobre el posicionamiento invisible del analista: 1) el funcionamiento de la memoria inconsciente; 2) el control del deseo “científico”; 3) el control de la involucración emocional y de la ambición terapéutica; 4) la eliminación de las resistencias intrapsíquicas permitiéndose funcionar como órgano receptor del inconsciente del paciente; 5) el control del deseo de auto revelación e intimidad del analista; 6) la reducción de la seducción intelectual del analista; 7) y el control del deseo educativo. (Figueira, 1933). Como se aprecia, todos estos aspectos se refieren al *segundo nivel* de comunicación de Freud con el lector en sus textos técnicos. Ellas hablan en relación, en consecuencia, no a las reglas de comportamientos observados (que aparecen en el nivel I), sino más precisamente, al funcionamiento interno del analista en tanto en su contacto con sus pacientes.

Con el fin de desentrañar los misterios inherentes a las capacidades terapéuticas del analista, Freud habla, por ejemplo de los peligros que comporta su ambición curativa:

“En las condiciones actuales, el sentimiento más peligroso para un psicoanalista es la ambición terapéutica de alcanzar, mediante este método nuevo y muy discutido, algo que produzca un efecto convincente sobre otras personas. Esto no solo lo coloca en un estado de espíritu desfavorable para el trabajo, sino que además lo vuelve impotente contra ciertas resistencias del paciente, cuyo restablecimiento como sabemos depende primordialmente de la acción recíproca de la fuerza de ellos. La justificación para exigir esa frialdad emocional en el analista es que ella crea condiciones más ventajosas para ambas partes: para el médico, una protección deseable para su propia vida emocional, es, para el paciente, el mayor auxilio que le podemos dar hoy en día” (Freud, 1912c, pp. 153-154: cursivas mías).

Es entonces, Ferenczi quien -a partir de las indicaciones freudianas- primero se aventura en examinar con más profundidad y con mayor rigor los procesos mentales del analista en el interjuego psíquico con sus pacientes, ósea, la contratransferencia.

Ya en la década del 10, en “La técnica psicoanalítica”, por ejemplo Ferenczi, escribe:

“El psicoanalista, por su lado, no tiene más el derecho de ser, a su vez, afable y compasivo o rudo y grosero, en la expectativa de que el psiquismo del paciente se adapte al carácter del médico. Le corresponde saber dosificar su simpatía y así mismo interiormente jamás debe abandonarse a sus sentimientos, pues el hecho de estar dominado por sus afectos también por sus pasiones, constituye un terreno poco favorable para la recepción y asimilación de los datos analíticos. Pero siendo el médico, no obstante un ser humano, y como tal susceptible de humores, simpatías, antipatías y también de arrebatos pulsionales -si una sensibilidad de este tipo no podría comprender las luchas psíquicas del paciente-, y obligado, a lo largo del análisis, a realizar una doble tarea; debe, por un lado, observar al paciente, examinar sus fallas, construir su inconsciente a partir de sus proposiciones y su comportamiento; por otro lado debe controlar constantemente su propia actitud respecto del paciente y, si es necesario, rectificarla, o sea ,dominar la contratransferencia (Freud, 1919, p. 365)

En ese mismo artículo el explica como el analista mismo, debe estar sometido a un profundo análisis -o lo que para él era algo fundamental-debe hacer uso de su contratransferencia. A diferencia de Freud, él consideraba que los fenómenos contratransferenciales no eran solo los puntos ciegos o aquellos aspectos no trabajados en el análisis del terapeuta, sino absolutamente todo aquello que le sucedía al analista-obstáculo

o instrumento para el análisis- podría ser definido como parte integrante de su contratransferencia, debiendo ser comprendido y analizado analíticamente.

Todavía en “La técnica del analista”, el va a explicar lo que acontece en ausencia de un manejo eficaz de la contratransferencia, o sea, en la primera fase de la historia de la contratransferencia:

“Es difícil decir de un modo general como debe efectuarse el control de la contratransferencia (...). En el comienzo de la práctica psicoanalítica, se sospechaba muy poco, evidentemente de los peligros que se cernían de este lado. Es por la euforia de los primeros contactos con el inconsciente; el entusiasmo del médico de comunicarse al paciente y al psicoanalista debe a esa alegre seguridad, algunos éxitos terapéuticos sorprendentes. Sin duda el papel del análisis en esos éxitos es un tanto débil y el de la pura sugestión inmenso, en otras palabras, su éxito resulta de la transferencia. La euforia de la luna de miel del análisis, está muy lejos de ser tomada en consideración y la transferencia todavía más lejos aun de controlar. Se sucumbe a todos los afectos que la relación medico paciente podía suscitar, nos dejábamos conmovir por las angustias de los pacientes y hasta por sus fantasías, nos indignábamos con todos aquellos que les habían sido hostiles o es habían causado mal. En suma, el médico, hacia suya todos los intereses del paciente y se sorprendía, en seguida, cuando ese paciente, en quien la conducta del despertó probablemente esperanzas, daba a prueba, de pronto, de apasionadas exigencias. Las mujeres pedían al médico que se casaran con ellas, los hombres, que los entretuviera o apoyara y todos deducían de sus fallas argumentos propicios para justificar tales pretensiones. Naturalmente esas dificultades eran superadas rápidamente en el transcurso del análisis, invocando a la naturaleza transferencial y son utilizadas como material para proseguir con el trabajo. Pero tenemos ahí una síntesis de los casos en que los médicos que practican, ya sea una terapéutica no-analítica, ya sea un analista salvaje, son objetos de acusaciones o de incriminaciones judiciares. *Es el inconsciente del médico lo que los pacientes desenredan en sus acusaciones.* El médico entusiasta que, en su deseo de sanar y de explicar, quiere provocar a sus pacientes, descuida las grandes o pequeñas señales de atracción inconsciente que experimenta por sus pacientes de ambos sexos, pero ellos se dan cuenta de esto y deducen correctamente de los mismos las tendencias que se encontraban en su origen sin sospechar de que el propio medico no tiene conciencia de eso. Lo curioso es que en ese tipo de situaciones las dos partes tienen razón...”. (Ferenczi, 1919, pp. 365-366: cursivas mías)

Lo que Ferenczi deja claro (¡ya en 1919!) es que una transferencia erótica del paciente, por ejemplo, (puede ser el resultado (obviamente sobre determinado) de una *inducción del propio analista*. Es que por definición -a través del” dialogo de los inconscientes”- siempre e inevitablemente presente en el contacto entre paciente y analista- todo lo que es pensado , sentido, deseado fantaseado consciente, preconsciente o inconscientemente por el analista es susceptible de ser captado por el paciente.

Sin embargo, si el analista inexorablemente (y por el simple hecho de ser humano, y de estar vivo) va a experimentar una serie de fantasías, deseos, sentimientos, sensaciones y pensamientos en relación a sus pacientes y, si por definición, todo y cualquier paciente es capaz de (con mayor o menor precisión, consciente o inconscientemente) de captarlos, ¿cómo será posible que se mantenga una posición mínimamente “neutra” como exigen nuestros preceptos técnicos? La respuesta es simple: controlando la contratransferencia. Controlar, entretanto, no significa reprimir o rechazar; al contrario, lo que se espera del analista es que pueda, tanto cuanto sea posible, mantenerse constantemente en contacto con toda la suerte de afectos y pensamientos que le ocurren en relación a sus afectos. El miedo y la angustia de experimentar las vivencias contratransferenciales corresponden a lo que Ferenczi denominó la segunda fase de la historia de la contratransferencia. El dijo:

“Después, cuando el psicoanalista aprendió laboriosamente a evaluar los síntomas de la contratransferencia y llega a controlar todo lo que podría dar lugar a complicaciones en sus actos, sus fallas, y también en sus sentimientos, el corre entonces el riesgo de caer en el otro extremo, volverse excesivamente duro e inaccesible al paciente; lo que retardaría o volvería imposible el surgimiento de la transferencia, condición de todo análisis exitoso. Podríamos definir esta segunda fase como la de la resistencia a la contratransferencia. Una ansiedad desmedida a ese respecto no es una actitud correcta y solo después de haber superado esa fase es que el médico puede alcanzar la tercera; la del control de la transferencia. (Ferenczi, 1919, pp. 366-367: cursivas mías)

Esta segunda etapa en el desarrollo del estudio y del trabajo analítico como la contratransferencia parece ser aquello en la cual se encuentran la mayoría de los analistas contemporáneos... Esto tal vez suceda porque:

“La terapéutica analítica plantea, (...) para el médico, exigencias que parecen contradecirse radicalmente. Le exige que de libre curso a sus asociaciones y sus fantasías, que deje hablar a su propio inconsciente; Freud enseñó, en efecto, que esa era la única manera de aprehender intuitivamente las manifestaciones del inconsciente, disimuladas en las proposiciones y las conductas del paciente. Por otro lado, el médico debe someter a un examen metódico el material aportado, tanto por el paciente, cuanto por el mismo, y solo ese trabajo intelectual debe guiarlo, en seguida, en sus fallas y en sus acciones. Con el tiempo, el aprenderá a interrumpir ese estado permisivo de cara a ciertos signos automáticos, venidos de lo pre-consciente, sustituyéndolo por una actitud crítica. Entretanto, esa oscilación permanente entre el libre juego de la imaginación y el examen crítico exige al psicoanalista lo que no es exigido en ningún otro dominio de la terapéutica: una libertad y una movilidad de las investiduras psíquicas, de toda inhibición. (Ferenczi, 1919, pp. 367: cursivas mías)

En ese complejo funcionamiento interno que se mueve pendularmente entre el trabajo intelectual rápido y preciso, y el libre ensueño, pasando por la auto-observación (de sentimientos, sensaciones físicas, fantasías, imágenes visuales, etc.), o sea, entre la concentración y la relajación que el analista debe intentar alcanzar.

Más tarde, en 1928, Ferenczi va a reafirmar sus ideas:

“Poco a poco se va dando cuenta hasta qué punto el trabajo psíquico desarrollado por el analista y, en verdad, complicado. Dejar actuar sobre sí las asociaciones libres del paciente y, al mismo tiempo, dejar a su propia imaginación jugar con ese material asociativo; mientras tanto se comparan las nuevas asociaciones con los resultados anteriores del análisis, sin abandonar ni por un instante el examen y la crítica de las propias tendencias. De hecho casi podríamos hablar de una oscilación perpetua entre “sentir con”, autoobservación y actividad de juicios. Esta última se anuncia de tiempos en tiempos, de un modo totalmente espontáneos, bajo la forma de señales que, naturalmente, solo se evalúa primeramente como tal; y solamente en base a un material complementario pertinente y cuanto se pueda, aportar finalmente con una interpretación. (Ferenczi, 1928, pp. 32-33: cursivas mías).

¿Pero qué es lo que pensaba exactamente Ferenczi cuando sugería al analista un esfuerzo en el sentido de «sentir con» su paciente? Obviamente, él sabía que sufrir los dolores del paciente de nada le ayudaría, sino que por el contrario, la protección de la angustia del paciente sobre el analista solo expresaría una incapacidad para soportar el dolor y una consecuente imposibilidad de superarla. En muchos momentos es esencial que el analista funciones como un continente provisorio de esa angustia, algo así como un “yo auxiliar”, hasta que la capacidad de contención del ego del paciente quede restablecida. Entretanto lo que lo hace fundamental es que el analista sabe conscientemente lo que está haciendo, porque lo está haciendo y hasta cuándo debe hacerlo, bajo el riesgo de volverse una simple (y eterna) muleta para sus pacientes. La idea de Ferenczi sobre la capacidad del analista de “sentir con” no se refiere, por lo tanto, solamente en compartir el dolor psíquico (lo que, en ciertos casos y en muchos momentos, también es preciso), sino la posibilidad de una comunicación empática basada en su tacto psicológico.

3. TACTO Y EMPATÍA

En su brillante artículo de 1928, “Elasticidad de la Técnica Analítica” Ferenczi va a definir lo que considera una capacidad fundamental del analista: el tacto

“adquirí la convicción de que se trata, antes de todo, de una cuestión de tacto psicológico, de saber cuándo y cómo se comunica alguna cosa al analizando, cuando se puede declarar cuanto material aportado es suficiente para extraer de él ciertas conclusiones; en que 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. Como se ve con la palabra “tacto” solo, conseguí sintetizar la indeterminación en una fórmula simple y agradable. ¿Pero que es el tacto? La respuesta a esta pregunta no es difícil. El tacto es la facultad de “sentir con” (Einfühlung)” (Ferenczi, 1928, pp. 27: cursivas mías).

Tomado del lenguaje corriente, el término “tacto” va a ser definido por Ferenczi como la posibilidad del

de ser empático con en las comunicaciones verbales y las vivencias de sus pacientes.

¿Pero porque haría avanzar al proceso del análisis e «sentir con» o la empatía del analista en relación a su paciente? La respuesta de Ferenczi se parece a la del “huevo de Colon”: y es que exactamente por no ser el paciente, el analista puede ser capaz de sentir empáticamente aquello que él siente y pensar aquello que él piensa, deduciendo las ideas reprimidas y los impulsos inhibidos sin, mientras tanto, sufrir de las mismas resistencias que el sufre, y eso es lo que Ferenczi nos explica en el mismo artículo:

“Así con la ayuda de nuestro saber, inferido de la disección de numerosos psiquismos, pero sobre todo de la disección del nuestro propio nosotros, conseguimos hacer presente las asociaciones posibles o probables de los pacientes, que ellos todavía no perciben, podremos .no teniendo como él, de luchar con sus resistencias- adivinar no solo sus pensamientos reprimidos sino también las tendencias que en él son inconscientes. Permaneciendo al mismo tiempo y en todo momento, no será difícil decidir sobre la oportunidad de una comunicación y la forma en que en que debe efectuarse. Ese sentimiento evitará estimular las resistencias del paciente, de manera inútil e inesperada...” (Ferenczi, 1928, pp. 27: cursivas mías).

Mientras tanto, Ferenczi sabía que no era por casualidad que, de un modo general, los analistas se resistían o evitaban tanto la experiencia de dejarse inundar por sus pacientes para conocerlos en profundidad. En su Diario Clínico encontramos, a este respecto, más de una confesión sorprendente: “...acompañando a mis pacientes en la medida de lo posible y, con la ayuda de mis propios complejos, puedo llorar con ellos, por así decirlo. Si alcanzo, además, la capacidad de reprimir, en el momento preciso, la emoción y la exigencia de relajación, entonces puedo prever el éxito con seguridad. Mi propio análisis no pudo avanzar con bastante profundidad porque mi propio analista (una naturaleza narcisista, según su propia confesión), con su determinación firme de mantenerse con buena salud y sus antipatías por las debilidades y por las anomalías, no pudo acompañarme a esas profundidades y termino siendo demasiado educativa con los demás. La fuerza de Freud es la firmeza de la educación, así como el mío es la profundidad de la técnica de la relajación (...) Con la libertad suficiente como para “sentir con”, así como la inevitable la severidad, incluso podemos esperar acortar considerablemente la duración del análisis...” (Ferenczi, 1928, pp. 97: cursivas mías).

Una de las ideas que se pueden deducir de las críticas de Ferenczi a Freud es la de que, dentro de los muchos factores que tienden a dificultar la plasticidad psíquica necesaria para que se consiga establecer un tipo de relación empática con las pacientes, se refiere al narcisismo del analista.

4. NARCISISMO Y DESEO SEMANTIZADOR

Una vez más Ferenczi, es uno de los primeros en abordar la compleja -y delicada- cuestión de la relación entre la capacidad terapéutica y las perturbaciones narcisistas del analista. La tan difundida y valorizada “interpretación psicoanalítica”, por ejemplo, es algo que debe surgir solo después y como resultado de complejas operaciones mentales del analista, y no como reacción inmediata a las fallas del paciente. En verdad Ferenczi, hacia mucho sabía que la interpretación podría (y solía) ser utilizada, como observó Figueira (1993), como demostración del poder fálico del analista, es decir, más como una necesidad de satisfacción narcisista de su parte que de un recurso realmente necesario y beneficio para el paciente:

“Ser parsimonioso en las interpretaciones, en general, no decir nada de superfluo, es una de las reglas más importantes del análisis; el fanatismo de interpretación es parte de las dolencias de infancia del analista. Cuando se resuelven las resistencias del paciente por medio del análisis, se llega algunas veces, en el análisis, a estadios en que el paciente realiza todo el trabajo de interpretación, casi exclusivamente, apenas con una ayuda mínima”...” (Ferenczi, 1928, pp. 33; cursivas mías).

El invisible interjuego de la transferencia-contratransferencia -siempre e inevitablemente presente en la relación paciente-analista- hace que las necesidades y vulnerabilidades narcisistas que se mantienen inconscientes para el analista afecten directamente el trabajo con sus pacientes; por eso la constante necesidad de analizar la contratransferencia. En algunos casos el analista puede estimular sutilmente la relación de dependencia de sus analizandos en relación a sí mismo, manteniendo una especie de tiranía transferencial. Tal tiranía se puede dar tanto a través de un prolongamiento excesivo del tiempo de análisis como del mantenimiento (a través del análisis) de una transferencia idealizada. Como resultado, el paciente

pude terminar por creer que está realmente analizado, y que todavía, en algún momento, si siente el deseo o incluso la necesidad de volver a someterse a un nuevo proceso analítico, no verá los medios para hacerlo; el único analista que desearía buscar sería aquel mismo que ya lo considera curado... He aquí un ejemplo dramático del impacto sobre el paciente de un cierto tipo de perturbación narcisista del analista.

Así es como las dificultades narcisista -como, de hecho, todo lo que es parte del mundo psíquico del analista- pueden ser llevadas a la conciencia (primeramente por el análisis personal, y luego también paralelamente a ello, por el constante análisis de la contratransferencia) expresarse a través de peligrosas “exoactuaciones” (“acting out”) en la clínica. Muchos sentimientos, y no solo las resultantes de problemas narcisistas, pueden ser activados y actuados en la clínica, sin que por un largo periodo, sean concientizados ya sea por el analista, ya por el paciente. El sadismo y el masoquismo son algunos buenos ejemplos.

5. SADISMO Y MASOQUISMO

La idea de que el funcionamiento mental del analista -tanto como su personalidad- desempeña un papel decisivo en el proceso analítico fue progresivamente volviéndose cada vez más importante en el desarrollo de la obra de Ferenczi.

Podría decirse que sus trabajos contemplan no solo una serie de “extensiones lógicas” (Glover, 1955) de las ideas freudianas (como lo que sucede en relación a la regla de la abstinencia postulada por Freud, que es llevada al límite máximo en las experiencias de la técnica activa), sino también que proponen un gran número de lo que llamo “inversiones lógicas”. Eso significa decir que buena parte de las novedades en la obra de Ferenczi radica en un constante -e inteligente- juego epistemológico de ideas psicoanalíticas clásicas originalmente construidas para pensar el funcionamiento psíquico y la psicopatología del paciente, que son invertidas para ser aplicadas a la comprensión del funcionamiento interno y de las perturbaciones psíquicas del analista y viceversa.

Eso es lo que acontece, por ejemplo en el caso del “diálogo de inconscientes” que define las posibilidades de captación del inconsciente del analista por el paciente, del mismo modo que Freud había dicho sería posible al analista a través de la atención flotante...

Fue siguiendo esa misma línea de raciocinio que Ferenczi va a proponer, en 1928, una metapsicología del analista en la situación analítica.

El foco de atención que comienza a cambiar para el analista va a iluminar la “máquina de analizar” en acción apuntando, incluso a una insalubridad propia del trabajo analítico. Esa “sobrecarga” impuesta al analista exigiría, como decía Ferenczi, una “higiene particular”, o sea, un constante autoanálisis (lo que debe incluir un cotidiano análisis de la contratransferencia), más allá de los periódicos re-análisis.

Veamos ahora lo que nos dice sobre las posibilidades de utilizar sádica o masoquistamente, por ejemplo, los propios recursos técnicos por él propuestos:

“Sin duda alguna, serán numerosos aquellos -no solo entre los principiantes sino también entre aquellos que tienen una tendencia a la exageración- que se aprovecharán de mis proposiciones acerca de la importancia de “sentir con” para enfatizar, en el tratamiento, el factor subjetivo, esto es, la intuición, y subestimar un otro factor que subrayó como siendo decisivo, la apreciación consciente de la situación dinámica. Igualmente las repetidas advertencias quedarán probablemente sin efecto contra tales abusos. Así mismo algunos analistas usarán mis tentativas de actividad prudentes, y que cada vez son más- para dar libre curso a sus propensiones para la aplicación de medidas de coerción enteramente no analíticas y hasta, a veces, impregnadas de sadismo. No me sorprendería por tanto, ver de aquí a algún tiempo, que fulano o zutano adoptó mis consideraciones sobre él la indispensables paciencia y tolerancia del analista como base para la técnica masoquista...” (Ferenczi, 1928, pp. 36; cursivas mías).

Teniendo en mente que -por definición- el inconsciente tolera la frustración solo hasta determinado límite y sabiendo que -todavía por definición- el analista, tanto como el paciente, presenta también un inconsciente, sería lógico pensar que la mantención de la situación analítica va a depender, necesariamente, de un equilibrio psíquico conseguido por el analista en la intersección de su contratransferencia con la transferencia de su paciente. (cf. Balint, 1949a). Así una larga lista de “compensaciones psicológicas” (Low, 1935) pueden ser alcanzadas a través de la obtención de placeres inconscientes encubiertos por la legítima de la técnica. Entre

los numerosos deseos e impulsos inconscientes que pueden ser gratificados o expresados en la situación analítica, el voyeurismo (a través de un “viewing process” como dice Glover, 1955) o exhibicionismo (vía interpretaciones ampulosas y eruditas) y la omnipotencia (en función de la posición de la capacidad y de poder casi ilimitados del cual se puede ver investidos) son apenas algunos de ellos. Obviamente, tales aspectos pueden estar presentes en el funcionamiento del analista, desde los sublimados a los sexualizados en su carácter y no actuados sobre el paciente o directamente satisfechos a través de él, lo que explicitaría una relación en la cual la referencia primaria y prioritaria es el analista y no el paciente, como se espera que sea.

Eso nos conduce a pensar en la personalidad o en la estructura psíquica (o, si quisiéramos, en el carácter) del analista, incluso más que en su funcionamiento psíquico solo durante sus horas semanales de trabajo. Mucho de los puntos señalados y definidos por Ferenczi como esenciales para el trabajo del análisis se refieren a las habilidades y capacidades que (aunque, obviamente, anclado en la personalidad) dependen de alteraciones psíquicas funcionales y que son, por lo tanto, transitorias. Un buen ejemplo de eso es la exigencia de mantenerse funcionando en un régimen de atención flotante: podemos, salir de esa posición siempre que no estemos en contacto con nuestros pacientes y si queremos.

Otras competencias, entretanto, son muchísimas más completas y dependen más de la persona del analista o, mejor dicho de quien es el analista. Una de esas capacidades -fundamentalmente en la concepción de la relación analítica propuesta por Ferenczi- es la capacidad de amar.

6. AMOR

Ferenczi, siempre postuló que un verdadero psicoanálisis, no debería haber mucho espacio para las generalizaciones morales o filosóficas; antes de ello en ella debería revelarse una secuencia ininterrumpida de experiencias concretas (Ferenczi, 1919). El sabía que de un modo general, los pacientes reaccionaban muy mal a las palabras ensayadas, poco naturales o poco espontáneas. Cuanto más avanzado se encontraba su pensamiento teórico-clínico, más parecía convencerse de que “los pacientes no se impresionan con una expresión teatral de piedad, sino que por una de simpatía auténtica” (Ferenczi, 1933, pp. 101; cursivas mías). Hacia el final de su vida ya podía afirmar que “sin simpatía no hay curación” (a lo máximo una visión general sobre la génesis del sufrimiento. (Ferenczi, 1932, pp. 248).

Pero, ¿A que estaba exactamente refiriéndose Ferenczi al utilizar la expresión de “simpatía auténtica” o “benevolencia materna”? Bien distinto de los términos empleados académicamente y poco familiares al vocabulario técnico, esas expresiones probablemente indicaban a Ferenczi la real distancia que mantenían esas cualidades de aquellas que se podían alcanzar en las tradicionales instituciones de formación psicoanalítica. En otras palabras: un genuino interés y una real y profunda simpatía por los otros no son cualidades que se puedan adquirir con algunos pocos años de formación. Ferenczi se refería a por lo tanto, a una genuina capacidad de amar a los pacientes, a una verdadera disponibilidad afectiva, a una posibilidad de entrar en el mundo del otro sintiendo sus alegrías y placeres, sino también sus tormentos, angustias y desesperos, sin, sin embargo, necesitar recurrir a la teoría como escudo, y todavía así, sin perderse en el otro. El se refería a un amor maduro -propio de organizaciones psíquicas integradas- que tolere avances y retrocesos y que libera al paciente para crecer como, en que ritmo, y para éste pueda y quiera. El probablemente se refería a un analista que tuviese una personalidad dominada por Eros. (Figueira, 1993).

Aunque sus proposiciones sobre la necesidad de contacto afectivo y también su insistencia en la capacidad de amar del analista como un factor terapéutico esencial refleja de su propia necesidad de ser amado, (como el mismo luego confesaría), sanemos que todas los descubrimientos analíticos importantes siempre se basa -y continúan basándose- en las vivencias psíquicas personales de cada analista que consigue, a diferencia de la mayoría, discriminadas, defendidas y sustentadas teóricamente, de ese complejo, intrincado y peligroso juego Ferenczi se atrevió a participar.

7. ILUSTRACIÓN CLÍNICA.

A lo largo del año de 1932, Sandor Ferenczi redactó, casi diariamente, una serie de notas relativas al trabajo analítico con sus pacientes que, organizadas y traducidas póstumamente por Michael Balint, fueran

publicadas con el título de Diario Clínico.

Es en ese Diario donde encontramos relatadas sus experiencias con lo que se denomina el análisis mutuo. Propuesto por una de sus pacientes, R.N., ese experimento técnico radicalizaba sus ideas sobre la necesidad de transparencia y de sinceridad por parte del analista, llevando a las últimas consecuencias la explicitación de los sentimientos contratransferenciales.

Aunque había sufrido una serie de críticas por, haber confesado su contratransferencia, sobrecargar al paciente con sus propias dificultades y angustias, hecho que el mismo vino a reconocer poco antes de su muerte, tal experiencia no permite percibir la forma valerosa en que enfrentaba la contratransferencia, así como la claridad con que percibía el impacto de ella sobre sus pacientes. El ejemplo a seguir se refiere a la primera sesión de análisis con R.N. que duró más de dos años. En una nota del 5 de mayo, Ferenczi escribe:

“Caso de R.N. 1) inicio del tratamiento analítico, sin simpatía especial de mi parte; evidentemente, dedico al paciente, en tanto médico, un interés que considero real. Mucho más adelante, el paciente me dice un día que mi voz, durante la primera entrevista y solamente en esa era mucho más suave e insinuante como nunca más volvió a ser después. Aprendí entonces en esa ocasión que sería esa voz que le había prometido, por así decirlo, un interés personal profundo, al mismo tiempo que el amor y la felicidad. Eso es lo que puedo decir de todo eso, a posteriori; la antipatía mencionada más encima podría ser consecuencia de a) de una independencia y una autoconfianza desmedidas, b) de una fuerza de voluntad extraordinariamente poderosa en la rigidez marmórea de los rasgos faciales c) de un modo general, algo de soberano, algo de una superioridad de reina, o igualmente de cierta realeza; todos rasgos que ciertamente no se podrían cualificar de femeninos. En vez de tomar conciencia de esas impresiones, parece que parte del punto de vista de que, en cuanto médico, debo estar en todos los casos en posición de superioridad; superando mi evidente ansiedad frente a tal mujer, habría aparentemente adoptado una actitud inconsciente de superioridad, tal vez de mi virilidad intrépida, que mi paciente tomó por verídica, cuando al final se trataba de una pose profesional consiente, adoptada en parte como medida de protección frente a la angustia.” (Ferenczi, 1932, pp. 134-135; cursivas mías).

Como podemos darnos cuenta, a través del análisis de la contratransferencia, Ferenczi fue percibiendo que su excesiva amabilidad, tanto como sus actitudes de superioridad, provenía de una formación reactiva como defensa a sus sentimientos de odio e inferioridad en relación a R.N. La paciente bastante inteligente y sensible, después de un aserie de impasses y crisis en el proceso analítico, insiste en que el análisis no progresará si Ferenczi no deja que él analice los sentimientos escondidos en él, algo a lo que él finalmente acaba por aceptar después de resistirse por cerca de un año:

“Para mi mayor sorpresa, tuve que constatar, sin embargo, que la paciente tenía razón en muchos aspectos. Una cierta ansiedad hacia las personalidades femeninas fuertes del mismo tipo que la paciente era algo que venía de su infancia. Encontraba y encuentro “simpáticas a las mujeres que me adoraban, que se sometían a mis ideas y a mis singularidades; contrapartida, el género de las mujeres me aterrorizaba y provocaba en mí una oposición y un odio que provenía de mis años de infancia. (Ferenczi, 1932, pp. 137; cursivas mías).

Pero ¿Que vivencias infantiles estarían siendo activadas en Ferenczi en contacto con esa paciente?

El reconoce:

“Un supe rendimiento emocional, sobretudo la gentileza exagerada era idéntica a los sentimientos del mismo orden con respecto de mi madre. Cuando mi madre afirmaba que era yo era malo eso me hacía peor. Su manera de herirme era decirme que u la estaba matando, ese era el punto culminante, a partir del cual yo me obligaba, contra mis convicciones más íntimas a mostrar bondad y obediencia. Las exigencias del paciente es ser amada se correspondían con exigencias análogas que me fueron hechas por mi Madre, concretamente, y en mi corregir fueron más íntimo yo detestaba, en consecuencia, a la paciente, a pesar de toda la gentileza aparente; eso es lo que ya sentía y a lo que reaccionaba...” (Ferenczi, 1932, pp. 137; cursivas mías).

Al poder reconocer y aceptar su antipatía y su odio por la paciente, Ferenczi que pudo liberar de ellos, y en consecuencia:

“... La paciente se tranquilizó, sintiéndose reconocida; una vez que yo hube reconocido abiertamente de los límites de mis capacidades, y ella comenzó también a reducir sus reivindicaciones respecto a mí. Una

nueva consecuencia de este “*círculus benignus*” evidente, es que hoy la considero efectivamente menos antipática que me siento capaz, incluso de tener sentimientos amistosos y alegres. Me interesa por los detalles del material analítico y mi capacidad por absorber los, y antes daban como paralizadas, comentaron visiblemente. También reconocer que comencé a sentir la influencia benéfica del hecho de estar liderado de mis angustias también en relación a otros pacientes, de suerte que me volví mejor analista no sólo para esta paciente, si no, de un modo General para todos los otros...” (Ferenczi, 1932, pp. 137-138; cursivas mías).

BIBLIOGRAFÍA

- Balint, M. (1949^a) *Changing therapeutic aims and techniques in psychoanalysis. Primary love and psychoanalytic technique.* Londres, Tavistock Publications, 1959.
- Ferenczi, S. (1919) *A técnica psicanalítica.* Oras Completas. São Paulo, Martins Fontes, V. 2, 1992. Ferenczi, S. (1928) *A elasticidade da técnica psicanalítica.* Obras Completas, São Paulo, V. 4, 1992. Ferenczi, S. (1932) *Diário Clínico.* São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- Ferenczi, S. (1933) *confusão de língua entre os adultos e a criança.* Obra Completas, São Paulo, Martins Fontes, V. 4, 1992.
- Figueira, S. A. (1992) *Mapeando o psiquismo.* Curso, São Paulo.
- Figueira, S. A. (1993) *A clínica do analista.* Curso, São Paulo, apostila da aula de 13 de fevereiro. Fox, R. P. (1984) *The principle of abstinence reconsidered.* *Int. Review of Psycho-analysis:* 11, 227- 236.
- Freud, A. (1946) *O ego e os mecanismos de defesa.* Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1990. Freud, S. (1910d) *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica.* Edição Standard, 11.
- Freud, S. (1912e) *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.* Edição Standard, 12.
- Freud, S. (1915a) *Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III).* Edição Standard, 12.
- Freud, S. (1933a) *Novas conferencias introdutórias sobre psicanálise.* Edição Standard, 22.
- Glover, E. (1955) *The technique of psycho-analysis.* Londres, Bailliere, Tindall & Cox.
- Haynal, A. (1988) *The technique at tissue.* Londres, Karnak Books.
- Hoffer, A. (1991) *The Freud-Ferenczi controversy -a living legacy.* *Int. Journal of Psycho-analysis:* 18, 465-472.
- Klein, M. (1946) *Notes on some schizoid mechanisms.* *The writings of Melanie Klein.* Londres, The Hogarth Press, V. 3, 1975.
- Low, B. (1935) *The psychological compensations of the analyst.* *Int. Journal of Psycho-Analysis:* 16 (1), 1-8.
- Miller, A. (1979) *The drama of gifted child and the psychoanalyst's narcissistic disturbance.* *Int. Journal of Psycho-Analysis:* 60, 47-57.
- Sanches, G. P. (1993a) *Sándor Ferenczi e a ampliação dos limites terapêuticos da psicanálise.* *Percurso - revista de psicanálise:* 10 (1), 40-44.
- Sanches, G. P. (1993b) *Para ler Ferenczi.* *Percurso -revista de psicanálise:* 10 (1), 64-71.
- Sanches, G. P. (1994) *Quem são os pacientes traumatizados? Notas sobre a matriz clínica de Sándor Ferenczi.* *Revista ID:* 25, no prelo.
- Sanches, G. P. (1994b) *Sándor Ferenczi e as bases para uma nova concepção de relação psicanalítica.* *Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, junho de 1994.*
- Schneider, M. (1991) *Trauma e filiação em Freud e em Ferenczi.* *Percurso - revista de psicanálise:* 10 (1), 31-39.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE