

¿QUIÉN DEVUELVE LA VOZ AL PACIENTE? UNA CRÍTICA A LA ACTITUD TERAPÉUTICA FREUDIANA.

Kata Dóra Kiss (*)

RESUMEN:

Este artículo presenta la diferencia entre dos paradigmas psicoterapéuticos: uno que silencia a los pacientes mentales y otro que busca devolverles su voz. Según Foucault, la medicina a partir del siglo XVII rompe gradualmente el diálogo entre la locura y la normalidad, y el lenguaje de la psiquiatría se convierte en el monólogo de la razón. El psicoanálisis freudiano fue el primer intento de romper este silencio. La terapia comunicativa de Freud devolvió la locura al ámbito del discurso y mostró la posibilidad de un diálogo con la anormalidad. Sin embargo, en muchos estudios de caso, Freud impone autoritariamente su propia comprensión sobre sus pacientes. El psicoanálisis parece liberador; sin embargo, hay una tensión perceptible entre la teoría freudiana y la práctica. Utilicé la obra de Sándor Ferenczi para proponer una síntesis de la intención original de Freud y la posición jerárquica del analista en la práctica. Ferenczi también se centró en el potencial comunicativo de la terapia, pero experimentó de manera más amplia para encontrar la forma más adecuada de relación médico-paciente. Por lo tanto, la obra de Ferenczi abre caminos hacia actitudes terapéuticas alternativas y permite una implementación más matizada de los pensamientos originales de Freud.

Palabras clave: psicoanálisis, terapia verbal, comunicación, reconocimiento mutuo, pacientes mentales

ABSTRACT:

The present article lays out the difference between two psychotherapeutic paradigms: one silencing mental patients, the other one intending to give them back their voice. According to Foucault, medicine from the 17th century gradually breaks the dialogue between madness and normality and the language of psychiatry becomes the monologue of the reason. Freudian psychoanalysis was the first attempt to break this silence. Freud's communicative therapy brought back madness to the field of discourse and showed the possibility of dialogue with abnormality. In many case studies, however, Freud authoritatively pushes his own understanding over his patients. Psychoanalysis seems liberative; however, there is a perceptible tension between the Freudian theory and the practice. I used Sándor Ferenczi's oeuvre to propose a synthesis of the original Freudian intention and the analyst's hierarchical position in practice. He also focused on the communicative potential of the therapy, but he experimented more broadly to find the most suitable form of doctor-patient relationship. Hence, Ferenczi's oeuvre opens up alternative therapeutic attitudes and allows a more nuanced implementation of Freud's original thoughts.

Keywords: psychoanalysis, talking therapy, communication, mutual recognition, mental patients

1. INTRODUCCIÓN

En la teoría freudiana, los síntomas neuróticos funcionan como una especie de lenguaje. Para ser más específicos, los síntomas funcionan como signos en el lenguaje verbal, lo que significa que cada síntoma se refiere a algo más. En la mayoría de los casos, se refieren a emociones pasadas, experiencias o traumas que el paciente no puede manejar y, por lo tanto, son transformados por la psique. En esta transformación, el significado aparentemente se pierde para el sujeto (Breuer & Freud, 1895/1995; Freud, 1901/2006, p. 212). Como explicará Lacan (1966, pp. 364-384) más adelante, el síntoma es un mensaje que ignora a su propio escritor, ya que va más allá del mundo racional del sujeto.

La intención más importante de la psicoterapia es encontrar la razón detrás de los síntomas aparentemente irracionales del cuerpo o neuróticos. Freud obligaba a sus pacientes a comprender por sí mismos el contenido reprimido de sus síntomas, porque eran ellos quienes producían esos mismos síntomas. Dado que los síntomas son el resultado de los mecanismos de autodefensa individuales del sujeto, son formaciones psíquicas únicas y su estructura depende de la naturaleza de las experiencias pasadas del sujeto, el hábitus, las relaciones intersubjetivas, la socialización y el entorno socio-cultural actual (Freud, 1901/2006, pp. 212-224). En consecuencia, no el psiquiatra, ni el psicoanalista, sino solo los propios pacientes pueden descifrar el mensaje del síntoma.

En un diálogo acompañado de análisis, los pacientes podrían reconocer la causa de la tensión psíquica que produce los síntomas. La comunicación, por lo tanto, es un elemento clave de la psicoterapia, donde el analista y los clientes buscan juntos los significados de los síntomas. A través del diálogo, podrían dar coherencia a los eventos traumáticos en narrativas comprensibles en las que el trauma podría volverse significativo y aceptable para los pacientes. Creo que una de las mayores percepciones de Freud fue darse cuenta de que la comunicación con los pacientes mentalmente enfermos no solo es posible, sino incluso necesaria. Mientras que el antiguo paradigma psiquiátrico trataba a los pacientes como objetos pasivos del tratamiento médico, el método de Freud les devuelve su estatus de sujetos a través del derecho al habla. El método psicoanalítico parece, por lo tanto, liberador; sin embargo, hay una tensión perceptible entre la teoría freudiana y la práctica descrita en sus estudios de casos.

El objetivo principal del presente artículo es señalar esta tensión entre la intención original de Freud y la implementación práctica de su trabajo. Para lograr esto, la primera sección describe el paradigma de la psiquiatría clásica a través de los escritos de Michel Foucault sobre el poder psiquiátrico. La segunda parte explica cómo el método del psicoanálisis freudiano cambia el estatus de sujeto de los pacientes mentales mediante la terapia comunicativa. Después, a través del famoso caso de Dora de Freud, señalaré las brechas entre su teoría y la práctica. La última sección presenta las ideas de Sándor Ferenczi, psicoanalista húngaro y contemporáneo de Freud. Ferenczi también se centró en el potencial comunicativo de las situaciones analíticas; sin embargo, experimentó más ampliamente para encontrar la forma más adecuada de la relación médico-paciente. En mi opinión, la obra de Ferenczi abre actitudes terapéuticas alternativas y permite una implementación más matizada de los pensamientos originales de Freud.

2. LA PSIQUIATRIA DEL SIGLO XVIII.

Como señaló Michel Foucault (1977) en “Vigilar y Castigar”, en primer lugar, el cuerpo no existe de manera natural, sino que se produce a través de diversas prácticas discursivas, mediadas por instituciones como el estado, la ley, las escuelas, prisiones, clínicas o, en un sentido más abstracto, la familia, la raza, el género, la sexualidad. Por lo tanto, el cuerpo es una superficie en la que se han escrito las normas del establecimiento socio-cultural actual (Foucault, 1977). Varias prácticas son responsables de la creación de esta corporalidad, y la medicalización es una de estas prácticas. En este sentido, la psicopatología es la cristalización de la cultura que crea un cierto tipo de cuerpo o subjetividad. Para entender el estatus social del sujeto medicalizado, debemos desplegar la relación entre normalidad y anormalidad.

El sistema de normas determinado socio-culturalmente marca los límites del discurso¹. Aquellos sujetos que se ajustan a estas normas pueden participar en el campo discursivo, lo que significa que tienen ciertos derechos para darle forma. En contraste, las personas consideradas anormales son empujadas a los márgenes de la sociedad y se restringen sus derechos para dar forma a la realidad social. Estas personas, por ejemplo, criminales o personas con enfermedades mentales, deben pasar por diversas prácticas disciplinarias como el encarcelamiento o el tratamiento hospitalario para reintegrarse y recuperar su estatus de sujeto con plenos derechos.

Foucault analiza arqueológicamente (como denomina a su método de investigación basado en la historia y la cultura) cómo nace la noción de anormalidad en cierto punto de la historia. En “Locura y Civilización: Una Historia de la Insania en la Era de la Razón”, Foucault (1965) argumenta que la definición moderna de la locura como anormalidad es una construcción social que se remonta al siglo XVII-XVIII. Antes de eso, el estatus social de los “locos” no estaba marginado, sino que esta categoría era una parte constitutiva de

la sociedad. Uno de sus ejemplos de este tipo de locura son los bufones shakespearianos: estos personajes generalmente representan un metaconocimiento sobre la situación dramática. Sin embargo, el proyecto general de racionalización de la Ilustración del siglo XVII estableció una distinción conceptual entre lo normal y lo anormal. Después de esta importante ruptura, aquellas personas que no podían conformarse con la norma social fueron descalificadas como irracionales, lo que llevó a su exilio de la sociedad como una posible fuente de peligro.

Foucault (1965, p. 61) llama a este período el “gran encierro”, porque fue en ese momento cuando se crearon los primeros asilos para personas con enfermedades mentales. Estas primeras instituciones disciplinarias para personas con enfermedades mentales pueden considerarse como la materialización de la distinción conceptual entre lo normal y lo anormal.

La creación de asilos mentales y ciertas prácticas médicas para personas con enfermedades mentales fue parte del proyecto de normalización del siglo XVII. Instituciones similares antes del período de la Ilustración eran más bien refugios para personas consideradas como insanas, lunáticas, criminales, sífilis, mendigos, discapacitados o ancianos, en resumen, para aquellos que tenían el potencial de causar disturbios en sus entornos. Después de la reestructuración de las instituciones, sirvieron como espacio de exclusión, internamiento y asimilación. En otras palabras, se veía a estas personas como peligrosas, inmorales, inútiles y no deseadas para la sociedad, lo que legitimó el confinamiento y la supervisión general de los marginados.

Consecuentemente, desde el siglo XVII, los asilos mentales no trataban a las personas anormales como sujetos independientes, sino más bien como existencias que estaban a medio camino de la norma. Así es como las instituciones médicas comenzaron a subjetivar a los pacientes y a privarlos del derecho a la razón. La medicina, a partir del siglo XVII, gradualmente silenció, sancionó y exilió la anormalidad del ámbito social (Foucault, 1965). A finales del siglo XVIII, se rompe el diálogo entre la locura y la normalidad. Como dice Foucault (1961/2009), el lenguaje de la psiquiatría se convierte en el monólogo de la razón sobre la locura:

el hombre moderno ya no se comunica con el loco [...] No hay un lenguaje común: o mejor dicho, ya no existe; la constitución de la locura como enfermedad mental, a finales del siglo XVIII, da testimonio de una ruptura en un diálogo, presenta la separación como ya consumada y expulsa de la memoria todas esas palabras imperfectas, de sintaxis no fija, pronunciadas vacilantes, en las que se llevaba a cabo el intercambio entre la locura y la razón. El lenguaje de la psiquiatría, que es un monólogo de la razón sobre la locura, solo pudo haber surgido en tal silencio.² (pp. xxvii–xxxix.)

Según Foucault, la práctica del psicoanálisis freudiano fue el primer intento de romper el largo silencio de la locura del siglo XVIII. La terapia comunicativa de Freud comenzó a escuchar la voz de aquellas personas que eran consideradas irracionales por la psiquiatría institucional. Por lo tanto, Freud devolvió la locura al ámbito del discurso y mostró la posibilidad de un diálogo con la anormalidad (Foucault, 1965, p. 159). Con este acto, el psicoanálisis cuestiona incluso la sólida categoría de lo anormal. A través de la comunicación, los pacientes antes silenciados pudieron redescubrir su propia voz y, por lo tanto, volver a conectarse con la esfera social de la cual estaban exiliados. El simple hecho de que un representante de una institución pudiera reconocer la voz de las personas con enfermedades mentales ya representaba su reintegración automática en el mundo de la normalidad.

Una de las principales diferencias entre la psiquiatría moderna, según la descripción de Foucault, y la terapia comunicativa de Freud es el potencial comunicativo del paciente. Para la psiquiatría, el síntoma se consideraba un signo de anormalidad que se hace visible a través del ser físico del paciente, mientras que, para Freud, el potencial comunicativo es impulsado por el síntoma. El objetivo principal de la psiquiatría es la eliminación de estos síntomas, o, como lo expresa Foucault (2009), tiene que silenciarlos. Para Freud, en cambio, los síntomas tienen un significado diferente. Creía que eran signos, formaciones comunicativas, que eluden el lenguaje verbal. Como tienen un potencial expresivo, el psicoanálisis tiene que ponerlos en diálogo para desplegar su significado. En la siguiente parte, profundizaré en la teoría de Freud sobre los síntomas y cómo sus ideas crearon una nueva forma de terapia basada en el habla.

3. SIGMUND FREUD Y LA TERAPIA DEL HABLA.

El síntoma tiene significados diferentes en el ámbito de la medicina. Uno de ellos es biológico: el dolor en el cuerpo se refiere a un mecanismo disfuncional y el alivio del síntoma significa salud, ya que el cuerpo funciona de manera adecuada. Por lo tanto, para la medicina humana, el objetivo principal de cualquier terapia es la eliminación de los síntomas. Tan pronto como el síntoma desaparece, el paciente se vuelve saludable. Esta lógica descrita también se aplica a la descripción foucaultiana de la psiquiatría, en la que el paso más importante es mitigar el síntoma, incluso si no es corporal, sino neurótico. Es en este punto en el que interviene el análisis freudiano.

El pensamiento revolucionario de Freud fue que el síntoma tiene una especie de potencial comunicativo. Lacan, siguiendo a Freud, llama a este potencial le *vouloir-dire*, el deseo de decir algo (Lacan, 1966, p. 83). Para dar un ejemplo, desde el punto de vista psicoanalítico, cuando cometemos un error al hablar, en realidad es un pensamiento reprimido, una acción psíquica o un recuerdo que quisiera salir a la superficie o expresarse. En el caso del *lapsus linguae* (acto fallido), tenemos que hipotetizar un mensaje reprimido. Los sueños son otro campo de estos casos de “querer decir”, según Freud. El trabajo onírico expresa esos contenidos de la psique a través de imágenes en lugar de palabras (Freud, 1899/2010). Los síntomas, según Freud (Breuer & Freud, 1895/1995), funcionan a través de los mismos mecanismos que los actos fallidos o los sueños, ya que expresan contenidos reprimidos de la psique, pero, en lugar de una manifestación en el nivel del lenguaje o las imágenes, se manifiestan en el nivel del cuerpo. Freud (1920/2012) creía que la terapia del habla del psicoanálisis es una manera de revelar esta relación no obvia entre el síntoma y el contenido reprimido. En el diálogo del análisis, el sujeto tiene que revelar el significado del síntoma al ponerlo en una estructura narrativa. Por lo tanto, la función del análisis es preguntar sobre el significado del síntoma en el contexto de la vida del cliente (Freud, 1920/2012).

La intención más importante de la psicoterapia es encontrar la razón en el síntoma aparentemente irracional al obligar al paciente a comprender el contenido reprimido. Este enfoque es necesario si consideramos el síntoma como un mensaje que ignora a su propio autor, ya que va más allá del mundo racional del sujeto (Lacan, 1966). En el diálogo del análisis, el paciente debe reconocer la causa de la tensión psíquica que produce los síntomas. Breuer y Freud (1895/1995) asumen que, en la mayoría de los casos, es la tensión entre el superyó y aquellos instintos y deseos que se consideran obscenos en el orden socio-cultural (por ejemplo, en el caso de la histeria, donde la tensión se fundamentaba en la diferencia entre los roles femeninos determinados socialmente y las necesidades reales de las mujeres). En este sentido, el analista debe preguntar sobre los deseos del paciente y, así, al obligar al paciente a pronunciarlos, se liberan de la censura del superyó.

Deberíamos considerar el análisis original freudiano como un trabajo hermenéutico, en el cual el analista y el cliente buscan juntos los significados del síntoma. A través de este trabajo, pueden poner el evento traumático en una narrativa coherente, lo que lleva a una reelaboración del trauma en un estado significativo y aceptable para el paciente. Además, el método de la terapia del habla crea una relación algo equitativa entre el analista (institución) y el paciente (sujeto marginado), ya que necesitan trabajar juntos y ambos participan activamente para encontrar el significado del síntoma.

4. UNA CRÍTICA DEL ANÁLISIS FREUDIANO

Como se ha expuesto anteriormente, en teoría, la terapia freudiana es un trabajo conjunto del analista y el paciente, pero es crucial señalar que tiene muchos riesgos implícitos. El analista, como guardián de la institución del psicoanálisis, representa la norma social. Por lo tanto, implícitamente podría dirigir los deseos del paciente hacia el sistema de valores socialmente aceptable. Como enfatiza Foucault en su crítica (Foucault, 1965, p. 159) y como detallaré a continuación, Freud impuso su propia narrativa sobre la del paciente en varios casos. Por lo tanto, podemos partir de la premisa de que la terapia sigue siendo el monólogo del analista sobre el paciente.

La mayoría de los estudios de caso de Freud están compuestos como una especie de narrativa detectivesca, en la cual Freud, como una figura sabia de la ciencia, descifra el caso del cliente, independientemente de la intención del paciente. En muchos estudios de caso, no es el paciente, sino Freud quien crea la narrativa a

partir de elementos aparentemente difusos de la historia de vida del sujeto. Al hacerlo, la práctica de Freud va en contra de su propia intención. Libera a sus pacientes de sus determinaciones anteriores (creencias subjetivas, familia, normas sociales), pero los atrapa inmediatamente en su propia narrativa. Por lo tanto, los pacientes siguen siendo objetos pasivos de las interpretaciones del analista, mientras que el analista se convierte en el único y auténtico representante de la verdad.

Uno de los ejemplos más evidentes de este proceso es el famoso caso de Dora de Freud (Freud, 1905/1997). La paciente adolescente fue diagnosticada con histeria en 1900. Su síntoma más manifiesto fue la llamada afonía histérica, un tipo de trastorno somatomorfo en el que el paciente sufre una pérdida de la voz. Dora comienza a producir sus síntomas histéricos después de que un amigo de la familia, el Sr. K., un hombre mayor, constantemente busca acercarse a la niña, ya que a menudo la acompaña en paseos fuera de la ciudad y le da pequeños regalos. La presencia de Herr K. se vuelve más inquietante para ella; por lo tanto, le cuenta a su padre sobre las acciones del amigo de la familia. Su afonía aparece después de que nadie en la familia le cree.

Dora pasó 11 semanas en análisis con Freud; sin embargo, a él no le importó mucho el caso de Dora, como se muestra en su descripción del caso en su manuscrito como una *petite hystérie* insignificante, que toma solo por su investigación más extensa sobre la histeria..

Sin duda, esta historia de caso, tal como la he esbozado hasta ahora, no parece, en general, digna de ser registrada. Es simplemente un caso de *'petite hystérie'* con los síntomas somáticos y mentales más comunes [...] Casos más interesantes de histeria sin duda se han publicado, y con frecuencia se han descrito más cuidadosamente; porque no se encontrará en las páginas siguientes nada sobre el tema de los estigmas de sensibilidad cutánea, la limitación del campo visual u otros asuntos similares. Me atrevo a señalar, sin embargo, que todas esas colecciones de fenómenos extraños y maravillosos de la histeria han avanzado poco en nuestro conocimiento de una enfermedad que aún sigue siendo tan desconcertante como siempre. (Freud, 1905/1997, pp. 23-24).

Durante la terapia, Dora le cuenta a Freud acerca de Herr K. y su sospecha de que su padre le ofreció implícitamente al hombre como compensación por su aventura secreta con la esposa de Herr K., Frau K. Además, Dora tenía la conjetura de que Herr K. intentó acercarse a ella desde su infancia, aunque no tenía recuerdos claros al respecto. Las sospechas de Dora respaldaron las suposiciones de Freud sobre el mecanismo de la represión, por lo que intentó sacar a la superficie estos recuerdos a través de su nuevo método, el análisis de sueños.

Como resultado de dicho análisis de sueños, Freud (1905/1997) concluye que la causa de los síntomas de Dora es en realidad el deseo sexual reprimido hacia su padre y hacia Herr K., como otra figura paterna en su vida. El núcleo de la histeria de Dora es que no podía enfrentarse a su propia atracción por el hombre.

Si hemos adivinado correctamente la naturaleza de la situación sexual imaginaria que subyacía a sus tos, en esa fantasía ella debía haberse puesto en el lugar de Frau K. Por lo tanto, se identificaba tanto con la mujer a quien su padre había amado en el pasado como con la mujer a quien amaba ahora. La inferencia es obvia: su afecto por su padre era mucho más fuerte de lo que ella sabía o hubiera querido admitir; de hecho, estaba enamorada de él. (Freud, 1905/1997, p. 56)

Según *“La interpretación de los sueños”* de 1899, después de que el paciente reconoce por sí mismo el contenido reprimido, los síntomas, ya que son causados por ese contenido, deberían desaparecer automáticamente, ya que no hay necesidad de su mediación después del reconocimiento a nivel consciente (Freud, 1899/2010). Sin embargo, los síntomas de Dora no desaparecieron y ella abandonó la terapia después de un corto tiempo. A pesar del fracaso de la terapia, Freud (1905/1997, pp. 102-112) insistió en que tenía el potencial de curar a Dora si la joven no hubiera rechazado su ayuda.

El caso de Dora ofrece una visión de la práctica del análisis temprano y del mecanismo del análisis de sueños como una forma de hermenéutica. Como muestra el caso, la actitud e interpretaciones de Freud

fueron muy problemáticas. Desde el primer momento, Freud consideró el caso de Dora como una histeria corriente e insignificante, y lo tomó solo con fines profesionales, no por el deseo de ayudar o curar a la joven. Por lo tanto, Dora tuvo que confesar sus sentimientos más íntimos a una persona que no estaba interesada en su trauma, sino más bien en sus síntomas, como objetos científicos.

Como Helen Cixous (1986) reinterpreto el caso en su ensayo de 1975 (1986, p.17), la afonía de Dora puede explicarse por la falta de creencia por parte de su familia y el desprecio por su voz. Herr K. y su padre la veían como una mentirosa que solo fantaseaba la seducción. De manera similar, Freud también impuso su propia comprensión sobre la interpretación de la chica, a saber, que ella misma desea a Herr K. Puede parecer que Freud explicó sus sueños de esta manera específica para justificar su propia teoría sobre el ‘conflicto edípico’ y la ‘hipótesis de la seducción’. Para justificar su teoría, ignora el hecho de que la chica fue víctima de acoso sexual, lo que por sí solo podría ser suficiente para causar sus síntomas histéricos. Dora cuenta su historia, pero nadie presta atención a ella, e incluso después de que no pudo continuar la terapia en estas circunstancias, Freud la culpó por el fracaso del análisis. En el caso de Dora, podemos ver lo fácilmente que el terapeuta puede imponer su propia interpretación sobre la del paciente. Como dice Foucault (1965, p. 159), incluso si el método comunicativo tiene el potencial de dar voz a la locura, este potencial se pierde inmediatamente cuando el terapeuta recrea la relación jerárquica entre médico y paciente.

Después de varias décadas de institucionalización de la psicoterapia, muchos teóricos, como Foucault (1965, 2003), Deleuze y Guattari (1972) o Lacan (1973), criticaron la forma en que el tratamiento oficial y aplicado va en contra de la autonomía de los pacientes. El principal problema que mencionan es que la terapia de conversación recrea el poder restrictivo de las instituciones psiquiátricas. Las interpretaciones de los profesionales siguen enfocándose en la resocialización de los sujetos marginados, pero sin cuestionar la norma en sí. Por lo tanto, las ciencias psi no tienen la intención de encontrar el significado del síntoma, como pretendía la terapia original, sino que se centran en la abolición de los síntomas y la normalización del paciente. En este sentido, la normalización debe entenderse como la mediación del sistema de valores dominante y la propagación de una noción unidimensional de normalidad a través de la terapia.

Según algunas perspectivas, incluyendo las de Deleuze y Guattari (1972), si la terapia no intenta comprender el significado individual de los síntomas y evita el trabajo hermenéutico necesario, nunca podrá encontrar una solución a largo plazo. Además, si el terapeuta actúa como un padre sabio, el guardián de la normalidad, en nombre de hechos incuestionables, reproduce la desigualdad dentro de la situación terapéutica también (Foucault, 1965, 2003). Estos factores cuestionan el potencial curativo del tratamiento comunicativo, ya que muestran los límites del tratamiento para entender el problema real del sujeto. Pero, ¿cómo podemos evitar la objetivación, la interpretación errónea y la relación de poder desigual en la terapia? ¿Cuál podría ser un enfoque que un terapeuta pueda seguir para evitar las trampas descritas? La última parte de este ensayo presenta una forma alternativa de la relación intersubjetiva entre el analista y el paciente, basándose en la obra del contemporáneo de Freud, Sándor Ferenczi.

5. SÁNDOR FERENCZI Y LA IMPORTANCIA DE LA TRANSFERENCIA

Sándor Ferenczi es un psicoanalista húngaro que se convirtió en estudiante y amigo de Freud en sus primeros veinte años. Su relación comenzó con el intercambio de cartas que duró varios años. Desarrollaron una amistad muy cercana al trabajar juntos en muchos casos, y Ferenczi veía a Freud como una especie de figura paterna, según escribió en su *diario* (Ferenczi, 1988). Más tarde, Ferenczi fundó su propio círculo de psicoanalistas en Budapest, donde se convirtió en un intelectual destacado y relativamente famoso. La amistad entre Freud y Ferenczi se rompió después de que Ferenczi cuestionara abiertamente algunas ideas básicas del psicoanálisis, incluido el complejo de Edipo, y después de que también experimentara con una forma de terapia en contra de la voluntad de Freud. El círculo de Freud se distanció públicamente de Ferenczi y su colaboración terminó. Sus ideas permanecieron olvidadas durante décadas por razones institucionales, principalmente porque la sociedad psicoanalítica lo excluyó. Sus pensamientos solo han sido redescubiertos desde la década de 1990 (Berman, 1996; Szecsódy, 2012).

En esta sección, me centro en la diferencia entre el enfoque terapéutico de Ferenczi y el de Freud. Para Ferenczi, la relación intersubjetiva es la esencia de la terapia, como escribió en su *Diario Clínico* (Ferenczi,

1927/1980c, p. 84). A diferencia de los estudios de casos freudianos, estos registros no están compuestos y estilizados, sino que contienen las emociones, experiencias subjetivas, dudas y errores de Ferenczi durante sus experimentos. Por lo tanto, el diario clínico no proporciona una teoría bien formada y descriptiva sobre la forma de la terapia, sino que ofrece ideas. Es importante señalar que Ferenczi cometió errores en muchos casos, pero es notable que fue muy reflexivo acerca de ellos. Su perspectiva es especialmente relevante, ya que representa un relato ético de un terapeuta. Por esta razón, me gustaría poner su enfoque en diálogo con el sentimiento freudiano.

Ferenczi siguió de cerca la teoría de Freud, pero constantemente experimentó con la forma de la relación terapéutica e hizo diversos intentos de cambiar el papel del analista. Una de sus principales preguntas fue el papel de la transferencia y la contratransferencia en la relación intersubjetiva entre el médico y el paciente (Ferenczi, 1926/1980b, 1927/1980c). Por transferencia, entendemos la proyección de los sentimientos pasados del paciente en la situación actual de la terapia y en el sujeto del terapeuta, incluyendo rabia, odio, desconfianza, parentificación, atracción erótica o dependencia. Según Freud, la transferencia es la mayor amenaza y la mejor herramienta para el tratamiento (Freud, 1916-1917/1991, p. 496): la mayor amenaza como un obstáculo para el trabajo conjunto del médico y el paciente, pero la mejor herramienta para entender las experiencias y sentimientos pasados del cliente. La contratransferencia es el mismo mecanismo, pero con una direccionalidad diferente, siendo la proyección del analista de sus sentimientos personales en el cliente. Aunque la contratransferencia también puede ayudar al terapeuta a comprender la situación del sujeto, se considera más peligrosa que la transferencia. La contratransferencia podría distorsionar fácilmente la relación objetiva del terapeuta hacia el paciente y, con ello, poner en peligro el éxito de la terapia, lo que significa que los profesionales deben superar sus sentimientos personales o, en caso de no poder hacerlo, detener la terapia con ese cliente específico. El psicoanálisis enfatiza la abstinencia emocional para los terapeutas, lo que significa el control total de sus emociones y sentimientos dentro del marco de la terapia (Freud, 1916-1917/1991).

Ferenczi tuvo múltiples problemas con esta abstinencia. A través de su diario clínico, obtenemos un retrato detallado de sus experimentos con la dialéctica de la transferencia y la contratransferencia a lo largo de toda su vida. Según escribe, se negó a “mantener la fría superioridad del analista” (Carta a Freud, 3 de diciembre de 1911, en Brabant, Falzeder y Giampieri-Deutsch, 1993, p. 316). Esta frialdad podría entenderse como una barrera mayor para la terapia exitosa en comparación con la supuesta barrera de la distorsión emocional. Él enfatizó que los sentimientos del terapeuta son útiles, ya que el cliente recrea su emoción pasada a través de la transferencia en la situación artificial de la terapia. Según Ferenczi, podríamos crear tal ambiente solo si el analista también se preocupa por el trauma, lo que hace que la contratransferencia sea necesaria de cierta manera. Así como la transferencia ayuda a los pacientes a entenderse mejor a sí mismos, la contratransferencia ayuda al profesional a comprender mejor el trauma del cliente (Haynal, 1997, Heiman 1950).

Ferenczi añade la relación personal entre el cliente y el analista al núcleo del tratamiento, lo que lo convierte, en palabras de Imre Szecsy (2012), en el primer intersubjetivista. Un tipo de terapia en la que la intersubjetividad es central es una “técnica activa”, ya que ambos participantes participan emocionalmente y el analista busca constantemente el mejor método que se adapte al paciente (Bálint 1968). Ferenczi enfatizó la importancia de la relación en evolución entre el cliente y el analista y el hecho innegable de que esta relación influye en ambos participantes. La transferencia y la relación real se entrelazan durante el proceso psicoanalítico, donde no solo el cliente, sino también el analista se involucra y donde, lentamente, ambos se convierten en parte de las historias de vida del otro. Este proceso es inevitable, incluso si los profesionales quisieran reprimirlo.

A través de este enfoque, la relación se convertiría en el centro del análisis, no la mera subjetividad del cliente. La introyección, la proyección, la transferencia y la contratransferencia son experiencias compartidas que tienen funciones específicas en la terapia. Por lo tanto, es importante no ser autoritario, sino tentativo en relación con el paciente. La humildad debe ser sincera, no artificial, si el analista quiere preservar la igualdad (Szecsy, 2012, pp. 6-7). Según Ferenczi, el reconocimiento de la contratransferencia puede ayudar al reconocimiento mutuo, llevando a una mayor apertura del cliente. La terapia reconstruye sentimientos pasados dentro de la experiencia emocional del aquí y ahora de la terapia, lo que permite,

posteriormente, reintegrar la parte de la personalidad que ha sido separada por el trauma. Esto es el “oro del psicoanálisis”, la relación personal entre el cliente y el analista, como lo expresa Ferenczi (apud Szecsődy, 2012, p. 7).

La idea de Ferenczi de remodelar la terapia plantea muchas preguntas metodológicas. La abstinencia terapéutica, aunque se descubra como problemática, tiene una función desde cierto punto de vista médico. Sin embargo, Ferenczi no negó la necesidad de un marco terapéutico estable y enfatizó la importancia de la terapia también para los terapeutas. Según su enfoque, el analista tiene que oscilar constantemente entre la empatía y la autoobservación antes de formar una opinión. Su posición es la de un *insider* y *outsider* al mismo tiempo. El terapeuta tiene que confiar en su sentido común para adaptarse a las necesidades del paciente. Siguiendo los pensamientos de Ferenczi, todos los analistas deberían someterse al análisis mientras lo ofrecen a sus pacientes. El autoconocimiento ayuda al terapeuta a abstenerse de la gratificación narcisista y darse cuenta de sus posibles errores (Ferenczi, 1927/1980c, p. 84).

En muchos casos, cuando el análisis no tiene éxito, el analista tiene que verificar si esa forma de terapia satisface las necesidades del cliente. Como lo expresa Ferenczi en su diario médico, no hay casos incurables, sino falta de habilidad por parte del analista. Por lo tanto, el analista debe ser capaz de cambiar la técnica, no culpar al analizado de manera similar a como Freud culpó a Dora por la falta de éxito de la terapia. Ferenczi (1931/1980a, pp. 128-129) resume el pensamiento subyacente en las siguientes palabras: “Mientras el paciente siga viniendo, el último hilo de esperanza no se ha roto”.

6. CONCLUSIÓN

He expuesto la diferencia entre dos paradigmas: uno que silencia a los pacientes mentales y otro que busca devolverles su voz. Con base en eso, este artículo ha mostrado la tensión inmanente dentro de la teoría freudiana y su aplicación. Siguiendo a Foucault, Freud, después de devolver la voz a sus clientes mediante la terapia de conversación, los atrapó inmediatamente dentro de su propia narrativa. Utilicé la obra de Ferenczi para proponer una síntesis entre la intención original de Freud y la posición jerárquica del analista en la práctica. La lección más importante que podemos aprender de Ferenczi es su compromiso de alterar la técnica habitual y de adaptarse a la personalidad del paciente. Inherente a esto hay una tensión entre dos enfoques opuestos: experimentar versus mantener conocimientos doctrinarios. Para él, la preservación de la subjetividad de los pacientes era más importante que mantener la ilusión de objetividad. El objetivo más alto de la terapia es curar, no reproducir la autoridad incuestionable del médico y el poder institucional del psicoanálisis. Sin esa perspectiva, la terapia pierde la conversación que Freud pretendía establecer.

En la historia de las ciencias psicológicas después de Freud, se realizaron varios intentos para resolver la desigual relación médico-paciente. Uno de ellos fue el enfoque humanista de Carl Rogers. En la década de 1950, inventó la terapia centrada en la persona, un enfoque no autoritario, donde el paciente dirige la discusión y, por lo tanto, los clientes pueden descubrir por sí mismos su solución. El terapeuta actúa más como un facilitador que no juzga y no desvía la conversación en otra dirección. Es el autodescubrimiento del cliente que el terapeuta no interrumpe ni interfiere, sino que, por el contrario, fomenta y apoya (Rogers, 1951). Aunque ofrece un cambio interesante de perspectiva, lamentablemente, el método de Rogers no considera el papel del analista y la evolución de la relación entre el médico y los pacientes. Más cercano a Ferenczi está el psicoanálisis intersubjetivista de George Atwood y Robert Stolorow de principios de los años 80. Este método sugiere que cada interacción es contextual; por lo tanto, el analista y el paciente no pueden separarse el uno del otro, ya que siempre se están influyendo mutuamente (Atwood y Stolorow, 2004).

Aunque en la actualidad se están introduciendo muchas herramientas para equilibrar la relación médico-paciente en el campo de las ciencias psicológicas, Ferenczi sigue siendo el primero en haber visto estos problemas en los albores del psicoanálisis. Así como la psiquiatría silenció a sus pacientes durante mucho tiempo, Ferenczi también fue silenciado por la institución del psicoanálisis temprano. Todavía nos queda redescubrir sus ideas a través de un análisis más profundo de cómo sus ideas son importantes en el proceso de curación de los pacientes mentales.

Kata Dóra Kiss

University of Pécs, Theoretical Psychoanalysis PhD. Program

(*) Kata Dóra Kiss, estudiante de doctorado del Programa de Psicoanálisis Teórico de la Universidad de Pécs (PTE). Sus áreas de investigación son la crítica filosófica de la psicología, la teoría psicoanalítica, el nuevo materialismo y la ecofilosofía. El enfoque de su investigación doctoral es el análisis crítico de las ciencias psicológicas modernas, especialmente en Hungría.

En: Anuarul Institutului de Istorie “George Barițiu” din Cluj-Napoca. Series Humanistica, tom. XVIII, 2020, p. 207–220

https://www.researchgate.net/publication/356878825_Who_gives_back_the_voice_of_the_patient_A_critique_of_the_Freudian_therapeutic_attitude_through_the_work_of_Sandor_Ferenczi

REFERENCIAS

- Atwood G. E., & Stolorow, R. D. (2014). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. New York: Routledge.
- Bálint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of regression*. London: Tavistock.
- Berman, E. (1996). The Ferenczi Renaissance. *Psychoanalytic Dialogues*, 6(3),391-411.
- Brabant, E., Falzeder, E., & Giampieri-Deutsch, P. (1993). *The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi Volume 1, 1908-1914*. Cambridge: Harvard University Press.
- Breuer, J., & Freud, S. (1995). *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: Fischer. (Original work published 1895).
- Cixous, H. (1986). *Portrait de Dora*. Paris: DesFemmes.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). *Capitalisme et schizophrénie 1: L'Anti-Œdipe*. Paris: Editions de minuit.
- Ferenczi, S. (1980a). Child-analysis in the analysis of adults. In M. Balint (Ed.) & E. Mosbacher (Trans.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis* (pp. 126-142). London: Karnac Books. (Original work published 1931).
- Ferenczi, S. (1980b). Present-day problems in psychoanalysis. In M. Balint (Ed.) & E. Mosbacher (Trans.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis* (pp. 29-40). London: Karnac Books. (Original work published 1926).
- Ferenczi, S. (1980c). The problem of termination of the analysis. In M. Balint (Ed.), & E. Mosbacher (Trans.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis* (pp. 77-86). London: Karnac Books. (Original work published 1927).
- Ferenczi, S., & Dupont, J. (Ed.). (1988). *The clinical diary of Sándor Ferenczi* (M. Balint & N. Z. Jackson, Trans.). Harvard University Press.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (R. Howard, Trans.). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1972). *Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1981). The Order of Discourse. In R. Young (Ed.), *Untying the Text: A PostStructuralist Reader* (pp. 48-78). London and Boston: Routledge&Kegan Paul.
- Foucault, M. (2003). *The Birth of Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Routledge.
- Foucault, M., & Khalfa, J. (Ed.). (2009). *History of Madness* (J. Murphy, Trans.). New York: Routledge.
- Freud, S. (1991). *The Penguin Freud Library, Vol.1: Introductory Lectures on Psychoanalysis* (S. Hall, Trans.). New York: Penguin. (Original work published 1916-1917).
- Freud, S. (2006). *A mindennapi élet pszichopatológiája - Elfelejtésről, elszólásról, elvétésről, babonáról és tévedésekről* [The Psychopathology of Everyday Life: Forgetting, Slips of the Tongue, Bungled

- Actions, Superstitions and Errors] (E. Gergely, K. Lukács, Trans.).Budapest: Gabo Kiadó. (Original work published 1901)
- Freud, S. (2010). The interpretation of dreams (J. Strachey, Trans.). New York: Basic Books. (Original work published 1899).
- Freud, S., & Griffith, T. (Ed.). (2012). A General Introduction to Psychoanalysis (G. Stanley Hall, Trans.). Ware: Wordsworth Editions Ltd. (Original work published 1920). Freud, S., & P. Rieff (Ed.). (1997). Dora: An Analysis of a Case of Hysteria (Collected Papers of Sigmund Freud) (J. Strachey, Trans.). New York: Touchstone. (Original work published 1905).
- Haynal, A. (1997). For a Metapsychology of the Psychoanalyst: Sándor Ferenczi's Quest. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 437-458.
- Heimann, P. (1950). On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84. Who gives back the voice of the patient? A critique of the Freudian therapeutic attitude220 Kata Dóra Kiss 14
- Lacan, J. (1973). Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. In J.-A. Miller, *Le séminaire de Jacques Lacan (Livre XI)*. Paris: Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Editions du Seuil.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centred therapy: It's current practice, implications and theory*. Boston: HoughtonMifflin.
- Szecsódy, I. (2012). Sándor Ferenczi – The First Intersubjectivist. *Pszichoterápia szakfolyóirat*, 6, December, Online.
- Anuarul Inst. de Istorie „G. Barițiu” din Cluj-Napoca, Series Humanistica, tom. XVIII, 2020, p. 207–220

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 25-ALSF

Notas al final

1.- Discourse for Foucault is a term for the ever changing historical and social system that produces knowledge and meaning. As he puts, discourse has material effects, producing “practices that systematically form the objects of which they speak” (Foucault, 1972, p. 49). Discourse is a way of organizing knowledge that structures the social reality and its relations by the collective understanding and acceptance of the discourse as a fact. As Foucault (1981) states: In every society the production of discourse is at once controlled, selected, organized and redistributed by a certain number of procedures whose role is to ward off its powers and dangers, to gain mastery over its chance events, to evade its ponderous, formidable materiality. (p. 53)

2.- Preface to the 1961 edition of Foucault’s “History of Madness” (Foucault, 2009)