

## SÁNDOR FERENCZI: EL ANALISTA DEL ÚLTIMO RECURSO Y LA HERMENÉUTICA DEL TRAUMA.

Donna M. Orange

Empecé a escuchar a mis pacientes cuando, en sus ataques, me llamaron insensible, frío, incluso duro y cruel, cuando me reprocharon ser egoísta, desalmado, engreído, cuando me gritaron: “¡Ayuda! ¡Rápido! ¡No me deje morir en la indefensión!”.

-Ferenczi

Ningún análisis puede tener éxito si no tenemos éxito a la hora de realmente amar al paciente. Cada paciente tiene derecho a ser considerado y cuidado como un niño maltratado e infeliz.

-Ferenczi

Tal como se discutió en capítulos anteriores, el filósofo francés Paul Ricoeur ha designado famosamente a Sigmund Freud, Friedrich Nietzsche y Karl Marx como los practicantes de lo que él llamó “la hermenéutica de la sospecha”. Abogaron por y practicaron “un método de interpretación que asume que el significado literal o de nivel de superficie de un texto es un esfuerzo por ocultar los intereses políticos a los que sirve el texto. El propósito de la interpretación es quitar el ocultamiento, desenmascarando aquellos intereses” (Ricoeur, 1970, p. 33). Para el psicoanálisis, esta actitud involucró en particular lo que Freud (1925) denominó negación, donde se asumía que lo que el paciente quería decir era, inconscientemente, lo opuesto de cualquier cosa que hubiese dicho. Al parecer, esto se fue desarrollando de modo gradual desde el punto en que Freud “descubrió” o concluyó que los relatos de sus pacientes acerca de haber sido abusados sexualmente o maltratados cuando niños, eran tan sólo una fantasía. Una instancia especialmente elaborada de este razonamiento aparece en “Pegan a un Niño” (1920), donde escribió repetidamente acerca de su “incómoda sospecha” respecto de tomar en serio lo que el paciente decía, pero hay muchas más. El interés al que sirve el ocultamiento o la negación, descrito por Ricoeur como interés político, era para Freud en realidad defensivo. La fantasía negaba un deseo instintivo que al paciente adulto le hubiera sido demasiado difícil aceptar conscientemente antes del análisis.

Sandor Ferenczi (1863-1933), el más cercano colaborador y confidente de Sigmund Freud durante 25 años, divergió del psicoanálisis de Freud de maneras que siguen dando forma a nuestra profesión hoy en día. Abuelo o abuela (Hoffer, 1991; Vida, 1997) de la mayoría de las corrientes del psicoanálisis relacional (Aron y Harris, 1993), de la teoría del apego (Bacciagaluppi, 1994), de las psicoterapias humanistas, del pensamiento en términos del desarrollo en el psicoanálisis (Young-Bruehl, 2002), de la primacía de la práctica clínica (o “técnica”) por sobre la teoría científica, Ferenczi es nuestro ancestro más cercano, a quien recién comenzamos a mencionar. Como veremos, su coraje e integridad no pudieron salvarlo de su propia situación intersubjetiva con Freud, pero pueden inspirarnos para protestar en nuestra propia época contra toda forma de deshumanización en nuestro trabajo y tender, como hizo él, hacia toda forma posible de entrar en contacto con el paciente que sufre y apartarnos de la “escuela de la sospecha” (ver Capítulos 1 y 2).

Mi pregunta hermenéutica inmediata, que emerge especialmente a partir de mi lectura de la correspondencia Freud-Ferenczi (Brabant, Falzeder y Giampieri-Deutsch, 1993; Falzeder y Brabant, 2000; Falzeder, Brabant y Giampieri-Deutsch, 1996), concierne a las condiciones y actitudes que permitieron que Ferenczi se movilizara desde el lenguaje de “la histérica”, “el paranoide” y “el homosexual” a la intensa preocupación por “el que sufre” y por la “persona que sufre” que encontramos en su diario clínico (Ferenczi

y Dupont, 1988) y en los artículos de sus últimos años (Ferenczi, 1930, 1931, 1949a)

En otras palabras, ¿cómo cambió desde un foco en la patología hasta llegar a centrarse en el ser humano que sufre? A lo largo de este capítulo sugeriré que encontró su camino cada vez más orientado hacia una hermenéutica dialógica (ver Capítulo 1) de la situación relacional y que esto lo transformó profundamente. Sin embargo, creo que fue capaz de hacer esta transición sólo porque ya estaba apasionadamente preocupado por aliviar el sufrimiento emocional de las personas mucho antes de haber conocido a Freud y se implicó tanto en la construcción de la teoría, y porque con posterioridad conoció a Georg Groddeck, quien encarnaba esta pasión. Finalmente fue capaz de mantener su afecto por Freud, pero dejó de ser capaz de mantener una sensación de vocación compartida con él.

Aunque me referiré a la correspondencia Freud-Ferenczi (Brabant y cols., 1993; Falzeder y Brabant, 2000; Falzeder y cols., 1996) sólo en la medida en que ilumine la biografía y los textos centrales tardíos, proporciona un contexto indispensable y no podemos más que estar inmensamente agradecidos con aquellos cuyo trabajo y cuidado al final llevaron esta correspondencia a ser publicada. Otros han estudiado la historia de la supresión de la obra tardía de Ferenczi (Rachman, 1997b; Roazen, 1975) y las múltiples demoras en su publicación, pero ese no es mi objetivo aquí. Aun así, estos contratiempos también han impedido nuestro acceso al que quizás fue el más profundamente ético de los psicoanalistas tempranos. Por lo tanto, este capítulo intenta ayudarnos a ponernos al día con una pérdida compartida del desarrollo en nuestra profesión y a ejemplificar la tesis de este libro de que una terapéutica dialógica, informada por la hermenéutica de la confianza, provee la respuesta ética al desconocido que sufre.

## **VIDA Y OBRA**

Hijo de padres judíos húngaros integrados en 1863, Sandor Ferenczi fue el octavo de 12 niños. Su familia era dueña de una librería y sus oportunidades educacionales y culturales fueron profundas y amplias en el Imperio Austrohúngaro (Haynal, 1989b). Su padre falleció cuando él tenía 15 años. A veces descrito como el favorito de su padre, se refería a su madre como fría y se sentía carente de afecto maternal. Estudió medicina en Viena para luego retornar a ejercer en Budapest.

Ferenczi se interesó tempranamente en los marginados de la sociedad. En palabras de Michael Balint (1957b), “Su única meta, y que nunca perdía de vista, se convirtió en aliviar los sufrimientos de las personas con enfermedades mentales” (p. 235). En 1908, Ferenczi conoció a Sigmund Freud y los dos iniciaron una colaboración y una abundante correspondencia, ahora publicada en tres volúmenes, correspondencia que duró 25 años hasta la muerte de Ferenczi en 1933. La complejidad de esta relación (Haynal, 1989b, 1992; Hoffer, 1996) incluye la relación con un mentor (Freud ayudó generosamente a Ferenczi a que se publicaran sus primeros artículos), considerable afecto mutuo (en un momento, Freud esperaba que Ferenczi se casara con su hija mayor), ser compañeros de viaje y vacaciones, “dependencia” (Ferenczi pensaba que se relacionaba con Freud como sustituto paterno, pero sería fácil argumentar que la dependencia era bilateral), colaboración (hay fuerte evidencia de una influencia mutua en la correspondencia), dominación e incluso explotación por parte de Freud, y una cada vez mayor divergencia cuyos orígenes son evidentes en la correspondencia desde el inicio. Complicando aún más las cosas, a petición de Ferenczi, Freud lo analizó durante tres breves períodos en 1914 y 1916, un total de quizás 6 semanas. Durante uno de los períodos de intenso sufrimiento de Freud por el cáncer, Ferenczi se ofreció a viajar a Viena para analizarlo, pero Freud declinó (con aprecio). Además, como señalara Vida (1997), “Ferenczi empleó sus formidables talentos para asegurarle a la voz de Freud su lugar central en las instituciones psicoanalíticas que recién se estaban desarrollando” (p. 409, cursiva en el original).

Divergieron principalmente respecto de la contratransferencia y la centralidad del trauma, dos asuntos que encapsulan todo el problema de la actitud hacia los pacientes. Freud visualizaba sus propias reacciones emocionales respecto de los pacientes como un factor perturbador que enturbiaba su lente científico y que requería de cuidadoso control. En 1910 le escribió a Carl Jung que estaba comenzando a entender la plena importancia de la regla “supera la contratransferencia”. A Ludwig Binswanger, en quien Freud confiaba más de lo que confiaba en Jung, le escribió:

El problema de la contratransferencia, que usted toca, se encuentra -técnicamente- entre los más intrincados del psicoanálisis. En términos teóricos, creo que es mucho más fácil de resolver. Lo que le damos al paciente debiera, sin embargo, ser un afecto espontáneo pero medido de modo consciente en todo momento, en mayor o menor medida de acuerdo con la necesidad. En ciertas circunstancias bastante, pero nunca desde el propio inconsciente. Visualizaría esto como una fórmula. En consecuencia, uno siempre debe reconocer la propia contratransferencia y superarla, pues sólo entonces uno es uno mismo libremente. Darle a alguien demasiado poco porque uno lo quiere demasiado no es justo para el paciente y es un error técnico. Todo esto dista de ser fácil y tal vez uno también tenga que ser más viejo para ello. (Freud, Fichtner y Binswanger, 2003, p. 160).

Al contrario, Ferenczi creía que necesitaba comprender sus propias reacciones y le suplicó a Freud que lo analizara. Además, sintiéndose muy herido por Freud -ya en 1910 -, instó a éste a considerar su propia contribución emocional a sus interacciones. Aun así, la profunda mutualidad que Ferenczi buscaba no estaba disponible con Freud. A principios de los años 20 conoció a Georg Groddeck, cuyo interés en lo que Winnicott posteriormente llamaría el “psique-soma” y cuya capacidad para jugar concedieron a Ferenczi un espacio para una creatividad menos constreñida que en su compleja situación con Freud (Ferenczi, Fortune y Groddeck, 2001; Rudnytsky, 2002).

En los últimos 10 años de su vida (Haynal y Falzeder, 1993), cada más decidido a ayudar a sus pacientes, Ferenczi se puso a experimentar cosas nuevas. Sus “técnicas activas” incluían colocar fechas fijas de término del análisis, prohibir ciertas actividades, etc., hasta que se percató que éstas no eran más útiles que la “técnica normal” de Freud de no gratificación e indiferencia. En efecto, en palabras de Axel Hoffer (1991), “Ferenczi se dio cuenta de que su técnica activa era el equivalente del abuso severo de los pacientes por parte de una figura autoritaria, la reescenificación inconsciente del trauma original a manos de un padre tiránico” (p. 467). Entonces probó lo que denominó el método de “relajación” (Ferenczi, 1930), intentando que el paciente se sintiera lo más cómodo posible para que los recuerdos traumáticos pudieran retornar y ser conectados con los síntomas.

Al mismo tiempo, desde la época de su colaboración y quiebre con Otto Rank en 1924-1925, Ferenczi se estaba moviendo hacia una forma de psicoanálisis menos modelado de acuerdo con las ciencias naturales -el mundo que él y Freud siempre habían compartido-, hacia una forma centrada en la práctica clínica, esto es, un psicoanálisis dialógico o hermenéutico (Bókay, 1998). En efecto, impelido por su intenso deseo de comprender y ayudar a sus pacientes menos “analizables”, flexibilizó sus prácticas y a veces a sí mismo casi hasta el punto de quiebre. Mucho antes de que Gadamer desarrollara su hermenéutica dialógica como una fenomenología filosófica, Ferenczi desarrolló una hermenéutica clínica de dar-y-tomar, en la cual el significado proveniente del paciente siempre podía disputar la autoridad del analista, hasta ese momento jamás desafiada. Los significados emergían del proceso clínico, no de la teoría.

En sus últimos años, cuya crónica se encuentra en su Diario Clínico (Ferenczi y Dupont, 1988), llevó a cabo sus exploraciones más difíciles en el análisis mutuo. Su trabajo con Elizabeth Severn (Fortune, 1993; Haynal, 1989b) y otros pacientes severamente traumatizados en esos años, lo distanció de Freud y, por ende, generó una tremenda tensión personal para él. Había concluido que lo que en realidad había ocurrido a los niños -incluyendo, en especial, el abuso sexual temprano- sí importaba y, junto a la indiferencia y ofuscación de los adultos, efectivamente se encontraba en la raíz de las peores catástrofes psicológicas. Para Ferenczi, el trauma (herida en griego) siempre incluía dos momentos (Dupont, 1998) si iba a convertirse en patogénico: el shock original o el abuso o la negligencia repetidos, seguidos de negación, hipocresía y rechazo por parte de los perpetradores y otros a quienes hubiera recurrido el niño devastado. En palabras de Judit Mezaros (2010):

No era una pregunta de si acaso los recuerdos retratan eventos reales. Estaba preguntando por lo que convertía una experiencia en una fuerza traumática para el sujeto... colocó el proceso de traumatización en un campo de relaciones donde la realidad objetiva es coloreada por el vínculo entre el individuo traumatizado y el agresor, así como por un sinnúmero de otros fenómenos. (p. 83)

Aunque en su obra temprana, Ferenczi siempre había intentado mantener su trabajo dentro del marco referencial freudiano, incluso generando críticas de aquellos a los que Freud llegó a excluir, desde fines de los años 20 parecía saber que estaba recorriendo su propio camino. En colaboración con su paciente Elizabeth Severn (la “R.N.” del Diario Clínico; Ferenczi y Dupont, 1988), desarrolló una compleja y elaborada concepción del trauma psicológico (Aron y Frankel, 1994). Al mismo tiempo, justo cuando su salud declinó a partir de una anemia perniciosa al final de su vida, escribió artículos que incluso hoy en día son decisivos para nuestro pensamiento acerca del trauma y el proceso clínico. Algunos meses antes de su muerte, tal como hacía normalmente antes de presentarse en un congreso relevante, le leyó a Freud su artículo sobre la “Confusión de Lenguas” (1988), dando plena voz a su defensa del niño sufriente en el paciente adulto (Vida, 1997). Freud se puso de pie y se alejó de él, habiéndose negado a darle la mano.

Después de su muerte, la comunidad psicoanalítica, liderada por Ernest Jones, pero con la colusión de muchos otros, suprimió el artículo sobre la “Confusión de Lenguas” de Ferenczi hasta 1949, cuando se cuenta que Michael Balint convenció a Jones para permitir su publicación (Erwin, 2002). Cuando Jones publicó el tercer volumen de su biografía de Freud en 1956, afirmó que, tal como quedó en evidencia a raíz de sus diferencias con Freud, Ferenczi estuvo loco en los años previos a su muerte. Muchas otras fuentes disputan la afirmación de Jones como un intento de desacreditar a Ferenczi y mantener marginado su pensamiento innovador, o bien de realzar el legado del propio Jones en la historia del psicoanálisis (Balint, 1958; Bonomi, 1998; Dupont, 1988; Roazen, 1975). Hoffer y Hoffer (1999) creen que Ferenczi efectivamente sufrió de breves episodios psicóticos como parte de la anemia perniciosa de la cual murió, pero que estos episodios de ninguna manera disminuyen la importancia de sus últimos escritos. Pero también, como señalara Judit Dupont (1988), “Aquellos que se acercan demasiado a los locos siempre son observados con sospecha” (p. 258). Cario Bonomi (1999) ha escrito un extenso y cuidadoso relato de toda la controversia que rodea las afirmaciones de Jones, ubicándolas en un contexto histórico. Cree, y estoy de acuerdo con él, que el desafío de Ferenczi a la autoridad del analista era algo demasiado grande para que la mayoría de los analistas lo tomaran en cuenta, y esto hasta hace muy poco.

Paul Roazen, que escribió su impresionante *Freud y sus Discípulos* (1975) antes de que se publicaran el *Diario Clínico* de Ferenczi y la *Correspondencia Freud-Ferenczi*, tuvo sin embargo la oportunidad de entrevistar a gente que había conocido a Ferenczi y dijo:

“El rostro de las personas que conocieron a Ferenczi sigue iluminándose cuando se menciona su nombre” (p. 359). Incluso Jones lo sabía: “Lo que vimos fue al líder y amigo alegre, benévolo, inspirador... Con su naturaleza abierta como de un niño, sus dificultades internas y sus fantasías desorbitadas, [Ferenczi] le gustaba mucho a Freud. Él [Ferenczi] era de muchas maneras un hombre que seguía su propio corazón” (p. 359).

Por lo tanto, no es de sorprender que el distanciamiento entre Ferenczi y Freud -aun no siendo nunca un quiebre completo- haya sido tan traumático para el mundo psicoanalítico (Balint, 1968), comparable a la pérdida de un padre. En este caso, como en muchas familias, la historia se cuenta como si uno de los padres nunca hubiese existido. Anna Freud se resistió a publicar la correspondencia, de modo que recién ahora disponemos del cuerpo más grande de escritos informales y personales de Freud. Por el lado de Ferenczi, éste se convirtió en el secreto psicoanalítico de familia. Incluso en la actualidad, incluso con la fundación del Ferenczi Center en la New School University en 2008, muchos analistas cuyo trabajo claramente se asemeja al trabajo de él, parecen avergonzados de mencionar su afinidad o deuda con él. Me parece que ha pasado suficiente tiempo como para que los psicoanalistas y todos los psicoterapeutas humanistas reconozcamos nuestra deuda con él, sin una excesiva idealización, para ver lo que aún podemos aprender de él y para sacar fuerzas a partir de su coraje.

## LA HERMENÉUTICA DE FERENCZI

La historia de la relación de Ferenczi con Freud podría contarse como una historia en la cual él se movilizó desde la hermenéutica de la sospecha de Freud hacia una “hermenéutica de la confianza” al estilo

de Hans-Georg Gadamer (Dostal, 1987). Cuando nos encontramos con él en los textos que consideramos a continuación, ya se ha convertido en un hermeneuta plenamente gadameriano que escucha a sus pacientes esperando aprender algo. Ha abandonado casi por completo la hermenéutica de la sospecha. Pero ¿cómo llegó a este punto? Sugiero como hipótesis de trabajo que el encuentro abierto con Georg Groddeck (Ferenczi, Fortune y Groddeck, 2001) le permitió sentir el verdadero dolor emocional de sus pacientes con menos evasión. Al adoptar una hermenéutica del trauma, esto es, al permitir que el sufrimiento de otros lo traumatizara (Lévinas, 1981), comenzó a confiar en las voces encarnadas de las personas devastadas.

Todos los textos que consideramos en este contexto, con la excepción del primer fragmento, pertenecen a sus últimos tres años, cuando se había retirado, en privado, de su cercana colaboración con Freud y se había transformado en una voz completamente original en la historia del psicoanálisis. El concepto de trauma en estos textos y ninguno tiene sentido sin éste. Como ya se señaló, para Ferenczi el trauma es tanto realidad como experiencia. Como Bowlby (1979) posteriormente proclamaría con tanta firmeza -y también se vería excluido del psicoanálisis ortodoxo debido a este punto de vista-, lo que les ocurre a los niños realmente importa en términos de su desarrollo. Asimismo, Ferenczi creyó que era crucial tomar en serio a sus pacientes cuando afirmaban haber sido abusados o maltratados de otra forma, incluso cuando aseveraban que él los estaba maltratando o no los estaba entendiendo.

Al mismo tiempo, compartió plenamente nuestra concepción contemporánea del trauma como experiencia (Orange, 2011; Stolorow, 2007; Stolorow, Atwood y Orange, 2002). La respuesta de los otros circundantes respecto del evento es decisiva para su desarrollo como devastación psicológica que involucra fragmentación, escisión de la psique e incluso, pensaba él, una parcial muerte psíquica: El trauma es un proceso de disolución que se mueve hacia la disolución total, esto es, hacia la muerte. El cuerpo, la parte más cruda de la personalidad, resiste los procesos destructivos por más tiempo, pero la inconsciencia y la fragmentación de la mente ya son señales de la muerte de las partes más refinadas de la personalidad. Los neuróticos y los psicóticos, aun cuando siguen siendo capaces a medias de realizar sus funciones en cuanto cuerpo y también en parte en cuanto mente, debieran en realidad considerarse como estando de manera inconsciente en una crónica agonía de muerte. Por lo tanto, el análisis tiene dos tareas: (1) exponer por completo esta agonía de muerte; (2) permitir al paciente sentir que, a pesar de todo, la vida vale la pena ser vivida si existen personas como el médico que ayuda, que está preparado incluso para sacrificar parte de sí mismo. (Ferenczi y Dupont, 1988, pp. 130-131)

De hecho, pensaba él, el paciente en tratamiento “tiene que encontrarse con suficiente compasión y simpatía como para que parezca que vale la pena volver a la vida” (Ferenczi y Dupont, 1988, p 40). Aunque este “médico que ayuda” puede sonar grandioso, masoquista o como un candidato a un inminente *surménage*, una lectura alternativa asume que Ferenczi está diciendo, tal como Winnicott con posterioridad implicará respecto de sus pacientes “regresivos” y Fromm-Reichmann respecto de los esquizofrénicos, que tales pacientes necesitan, como condición de la posibilidad de esperanza, encontrarse con alguien parecido al “médico que ayuda”. Como vimos en el Capítulo 2, la “sustitución” levinasiana implica la posibilidad de autosacrificio por el sufrimiento del otro, no su constante realidad.

Sea como sea, leer a Ferenczi es entrar en una hermenéutica del trauma. ¿Qué implica esto? Principalmente, vuelca nuestro foco alejándonos de lo que anda mal con el paciente, esto es, de la patología, hacia lo que le ha ocurrido al paciente como para provocar un sufrimiento extremo. Este cambio a su vez genera la necesaria transformación en la actitud del terapeuta que es el foco de la mayoría de las reflexiones en el Diario Clínico. Una y otra vez sus pacientes le dijeron: sólo serás capaz de ayudarme cuando dejes de analizar mi patología y empieces a comprender lo que hay en ti que está obstruyendo tu compasión. Una y otra vez sus pacientes le dijeron que sólo cuando él reconociera su propia experiencia traumática, podría familiarizarse con la de ellos y cuidarlos en forma sincera. Su trabajo se convirtió en una hermenéutica dialógica del trauma.

Los clínicos podrán argumentar que su trabajo cotidiano no es tan extremo, pero tenemos que recordar que Ferenczi, como los demás que presentamos en este libro, se dedicó a aquellos pacientes que otros consideraban “no analizables”, casos perdidos. Era conocido como el analista de último recurso. En mi experiencia, aprender a comprender a quienes sufren devastaciones, comparables al colapso del mundo

descrito por Jonathan Lear (2006), ilumina la práctica clínica cotidiana. Los desapercibidos desconocidos que sufren se vuelven comprensibles y más accesibles después que hemos trabajado con los desesperados y quienes han sido dados por muertos.

Entonces, consideremos algunos temas característicamente ferenczianos que expresaron su habilidad para percibir al desconocido/niño que sufre en sus pacientes adultos, esto es, su versión de una hermenéutica de la confianza.

## **EL BEBÉ SABIO**

En ocasiones, los desesperados aparecen con disfraces externos muy competentes, de modo que su trauma no se vuelve visible de inmediato. Durante el período de su colaboración más cercana con el teórico del desarrollo Otto Rank, Ferenczi (1980) publicó por primera vez su relato del sueño del bebé inteligente:

Con cierta frecuencia, los pacientes relatan sueños en que aparecen bebés recién nacidos, niños de muy corta edad o bebés en la cuna que son capaces de hablar o escribir de manera fluida, que expresan profundos dichos, sostienen conversaciones inteligentes, llevan a cabo arengas, dan explicaciones expertas, etc. Imagino que detrás de tales contenidos oníricos se esconde algo típico... el deseo de convertirse en alguien grande y de destacar por sobre “los grandes” en términos de sabiduría y conocimiento es solamente una inversión de la situación contraria del niño... no debíamos olvidar que el niño pequeño está familiarizado con muchos conocimientos que, de hecho, posteriormente son sepultados por la fuerza de la represión. (pp. 349-350)

Mucho antes de que Ferenczi se explayara sobre este tema en sus últimos artículos, había notado -posiblemente primero en él mismo- cómo algunos lactantes y niños pequeños precozmente hábiles ya se han convertido en cuidadores muy inteligentes, bien equipados con lo que hoy podríamos llamar “inteligencia emocional” (Balint, 1957b; Goleman, 1995). Al igual que el erudito bíblico que utiliza la comprensión de un pasaje extraño, aquí un sueño, para interpretar el texto más amplio, el “bebé sabio” de Ferenczi se convirtió en una especie de “llave de entrada” (Rowling, 2000) hacia una comprensión de los pacientes traumatizados por violencia sexual, por la ausencia de los cuidados parentales que todo niño requiere y por la inducción prematura a pesadas responsabilidades por el bienestar emocional de los adultos que los habían herido y abandonado.

Este texto temprano, a lo largo de los próximos 10 años de su experimentación clínica, evolucionó hacia dos versiones más elaboradas.

Hace muchos años realicé una comunicación breve sobre la ocurrencia relativamente común de un típico sueño: lo llamé el sueño del infante instruido. Me estaba refiriendo a aquellos sueños en que un recién nacido o un infante muy pequeño en la cuna de pronto empieza a hablar y dar sabios consejos a sus padres u otros adultos. En uno de mis casos, la inteligencia del niño infeliz en la fantasía analítica se comportó como una persona individual cuyo deber era brindar ayuda con toda rapidez a un niño herido casi de muerte. “¡Rápido, rápido! ¿Qué debo hacer? ¿Han herido a mi niño! ¿No hay nadie que ayude! ¿Se está desangrando! ¿Apenas está respirando! Yo mismo debo vendar su herida. Ahora, niño, respira profundo o morirás. ¿Ahora su corazón ha dejado de latir! ¿Se está muriendo! ¿Se está muriendo!” (Ferenczi, 1931, pp. 476-477)

Esta segunda versión del sueño del bebé sabio ya pertenece claramente a la hermenéutica del trauma. Ferenczi ha escuchado la voz y visto el rostro del niño que llama con urgencia, herido casi de muerte, que, aunque se encuentra en un estado disociado, podría mostrarle lo que había ocurrido.

Las asociaciones, que siguieron al análisis de un sueño, ahora se detuvieron y el paciente fue tomado por un opisthotonus e hizo movimientos como para proteger su abdomen. Estaba casi comatoso, pero

logré volver a establecer contacto con él e inducirlo, con la ayuda del tipo de aliento e interrogación que he descrito, a contarme acerca de un trauma sexual de su temprana infancia.

Lo que en este contexto quiero enfatizar es la luz que esta observación y otras similares arrojan sobre la génesis de la disociación narcisista del yo. Realmente parece como si bajo el estrés de un peligro inminente parte del sí mismo se escinde y se convierte en una institución psíquica que observó y deseó ayudar al yo y que posiblemente esto ocurre en la temprana -incluso en la más temprana- infancia. Todos sabemos que los niños que han sufrido mucho en términos morales o físicos adoptan la apariencia y el semblante de más edad y sagacidad. También tienden a “hacer de madre” a otros; es obvio que por ende extienden hacia otros el conocimiento que adquirieron con dolor al lidiar con sus propios sufrimientos y se vuelven amables y dispuestos a ayudar. Por supuesto, no todos los niños llegan tan lejos en el manejo de su propio dolor: muchos se quedan detenidos en la autoobservación y la hipocondría. (Ferenczi, 1931, p. 477)

Aquí vemos a Ferenczi el hermeneuta trabajando en la situación clínica. Respondiendo a un sueño del “bebé sabio”, se encontró con un paciente en un recuerdo corporal con el cual trabajó para establecer contacto. En conversación con el paciente, supuso que una escisión del yo o “disociación narcisista” se había producido con la finalidad de crear un ayudador para el niño que estaba siendo violentado física y psicológicamente. De este modo, este niño se convierte en alguien aterrorizado en extremo e híper capaz a la vez. Cuando en nuestra práctica vemos pacientes que parecen alternar entre estas dos posibilidades, tal vez debiéramos recordar al bebé inteligente de Ferenczi.

Como veremos a continuación, a veces planteó como hipótesis que este niño ayudador, el bebé sabio, podía sobrevivir para dedicarse, incluso sobre-dedicarse, a curar y aliviar el sufrimiento - “un pequeño psiquiatra”- mientras el resto del niño original moría o era relegado a ser preservado como una rareza (ver más abajo la discusión sobre la metáfora del “teratoma”). La idea de Ferenczi ha sobrevivido como el “niño parentalizado” de la jerga contemporánea y quizás incluso como el “niño dotado” de Alice Miller (1979) cuya vida ha sido usurpada por padres centrados en sí mismos, interesados en sí mismos o violentos. En efecto, a Ferenczi claramente se le ocurrió que muchos bebés sabios sobreviven para convertirse en psicoterapeutas, viviendo su propia historia familiar traumática. Aquí va la tercera y última versión de la “Confusión de Lenguas” de Ferenczi (1949a):

Cuando es objeto de un ataque sexual, bajo la presión de tal urgencia traumática, el niño puede desarrollar instantáneamente todas las emociones de un adulto maduro y todas las cualidades potenciales que hay latentes en él y que, por lo común, forman parte del matrimonio, la maternidad y la paternidad. Está justificado -en contraste con la regresión familiar- hablar de una progresión traumática, de una madurez precoz. Resulta natural comparar esto con la madurez precoz de una fruta que ha sido herida por un pájaro o un insecto. Tanto en términos emocionales como intelectuales, el trauma puede hacer madurar una parte de la persona. Me gustaría recordarles el típico “sueño del bebé sabio” que describí hace varios años, en el cual un recién nacido o un infante comienza a hablar, y de hecho enseña sabiduría a toda su familia. El miedo al adulto desinhibido, casi loco, transforma al niño, por así decirlo, en un psiquiatra y, para convertirse en uno y defenderse de los peligros provenientes de los individuos sin autocontrol, tiene que saber cómo identificarse por completo con ellos. En efecto, es increíble cuánto todavía podemos aprender de nuestros sabios niños, los neuróticos. (p. 229)

¿Por qué estoy afirmando que “Ferenczi el hermeneuta” reconoció y comprendió al bebé sabio? Los pacientes trajeron el texto del sueño -como en la hermenéutica bíblica temprana- a su analista tal como siempre han hecho los pacientes analíticos. Ferenczi, ya hace mucho convencido del involucramiento mutuo en el proceso analítico/terapéutico e inclinado hacia el diálogo, prestó atención y escuchó en el estilo abierto y confiado que Gadamer con posterioridad teorizaría. El paciente, acostumbrado a la aceptación y apoyo de

su analista, entró en un estado de memoria traumática en el cual la parte niño-cuidador de sí mismo se pidió a sí mismo (y quizás también a Ferenczi) brindar cuidados de emergencia a la parte moribunda de su yo infantil. Ferenczi participó no sólo en los cuidados de emergencia, sino también en su comprensión conjunta, ejemplificando el uso de la comprensión hermenéutica con el fin de responder al desconocido que sufre. Por lo tanto, su trabajo clínico implica una creencia en que algo del niño herido también puede sobrevivir para reunirse con el “bebé sabio” adulto, si es que el analista entiende y se preocupa con suficiente sinceridad.

¿Por qué era capaz de hacer esto cuando otros de su época consideraban a tales pacientes como “no analizables”? Sólo podemos hacer conjeturas. Parece haber entendido, a diferencia de otros, que sus propias experiencias traumáticas (trauma sexual, frialdad materna, pérdida de su padre) lo habían convertido en un bebé inteligente, lo habían preparado para preocuparse de los sufrimientos de los demás. (No parece haber considerado que ser uno entre tantos hermanos también lo podría haber llevado a cumplir con funciones maternas). También parece haber intentado encarar sus propias heridas frente a frente, sin evasión, pero nunca pudo encontrar para sí al analista que estaba tratando de ser para otros. Luego de años de intenso involucramiento con Freud durante la creación de la teoría psicoanalítica, las palabras de Freud: “los pacientes son una gentuza’... los pacientes sólo sirven para proveernos el sustento y el material del cual aprender. Por cierto, no podemos ayudarlos” (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 93), convencieron a Ferenczi de que sus actitudes hacia el psicoanálisis diferían en formas básicas. Sin importar lo que los críticos psicoanalíticos pudieran decir, tuvo que buscar maneras de acercarse y comprender al paciente traumatizado.

## LA CONFUSIÓN DE LENGUAS ENTRE LOS ADULTOS Y EL NIÑO

Pero el Señor bajó para observar la ciudad [Babel] y la torre... y se dijo:  
“Todos forman un solo pueblo y hablan un solo idioma; esto es sólo el comienzo de sus obras y todo lo que se propongan lo podrían lograr.  
Será mejor que bajemos a confundir su idioma para que ya no se entiendan entre ellos mismos”.

-  
Génesis 11:5-7, Revised Standard Version

La fuente de la disputa final entre Freud y Ferenczi involucraba el punto de vista de Freud de que Ferenczi en su último artículo -el del congreso de Wiesbaden- sencillamente había vuelto a la teoría del trauma que Freud había abandonado 30 años antes. De acuerdo con la teoría original de Freud, los síntomas histéricos codificaban recuerdos de seducciones sexuales tempranas por parte de los cuidadores y la cura por la palabra liberaba al paciente de los síntomas mediante la decodificación de los recuerdos. Por supuesto, Freud pronto se había convencido de que la mayor parte de las neurosis provenían del incesto fantaseado, esto es, de intimidades anheladas del período edípico, no de abusos sexuales infantiles reales u otros maltratos de los niños. Por otro lado, Ferenczi deseaba sobre todo conceder credibilidad a los relatos de abusos por parte de los pacientes -algunos de sus pacientes adultos incluso le habían contado que ellos (y otros a quienes conocían) habían hecho tales cosas a niños-, pero sabía que los efectos eran muy complejos y dañinos y merecían ser estudiados y descritos. Su conceptualización de lo que denominó “traumatismo” elaboraba un apoderarse del ser entero del niño, un proceso que Ferenczi llamó “identificación con el agresor”. El título del artículo mismo hace referencia a una doble confusión: primero, el adulto confunde el deseo del niño de interacciones tiernas y afectuosas con una petición de relaciones sexuales parecida a la adulta; y segundo, las subsiguientes mentiras y negaciones confunden al niño respecto de lo ocurrido, respecto de si acaso algo ocurrió y respecto de la iniciativa de quién estuvo involucrado. El niño, ahora nuestro paciente, en general cree absolutamente que él mismo fue quien tuvo la culpa, tanto por cualquier cosa que haya ocurrido en un inicio como por la continua confusión y aflicción. En consecuencia, el paciente que fue el niño se ha identificado con la versión del agresor de la historia y ha asumido la culpa rechazada por el perpetrador. He aquí extractos de este famoso y por mucho tiempo suprimido artículo:



Una forma típica en la cual ocurre la seducción incestuosa es esta: un adulto y un niño se quieren, el niño alimenta la juguetona fantasía de asumir el papel de madre para el adulto. Este juego puede adoptar formas eróticas, pero, no obstante, se mantiene a nivel de la ternura. Sin embargo, no es así en los adultos patológicos, en especial si su equilibrio y autocontrol han sido perturbados por algún infortunio o por el uso de drogas intoxicantes. Confunden el juego de los niños con los deseos de una persona sexualmente madura, o incluso se permiten -sin importar las consecuencias- dejarse llevar. La verdadera violación de niñas que apenas han superado la edad de infantes, actos sexuales similares de mujeres maduras con niños y también actos homosexuales forzados son ocurrencias más frecuentes de lo que hasta ahora se ha asumido. (Ferenczi, 1949a, p. 227)

En primer lugar, tomamos nota del malentendido intersubjetivo. El adulto malinterpreta la curiosidad ordinaria del niño y el deseo de juego y ternura y responde con pasión sexual, pudiendo llegar a la violación de infantes y niños. Es difícil imaginar el comportamiento y las emociones de los niños después de tal violencia. Uno esperaría que el primer impulso fuera de rechazo, odio, asco y enérgica negativa.

“No, no, no lo quiero, es demasiado violento para mí, me duele, déjame tranquilo”, esto o algo similar sería la reacción inmediata si no se viera paralizada por una enorme ansiedad. Estos niños se sienten física y moralmente desamparados, su personalidad no está lo suficientemente consolidada como para que ellos sean capaces de protestar, aun cuando fuera sólo en el pensamiento, ya que la abrumadora fuerza y autoridad del adulto los hace enmudecer y puede quitarles sus sentidos. (pp. 227-228)

La primera reacción del shock traumático y del dolor impide la protesta, emplazando la autodestrucción que Ferenczi llamó “identificación con el agresor”. Sin embargo, si la misma ansiedad alcanza un cierto máximo, los compele a subordinarse como autómatas a la voluntad del agresor, a adivinar cada uno de sus deseos y a satisfacerlos; del todo inconscientes de sí mismos, se identifican con el agresor. Por medio de la identificación -o, digamos, la introyección del agresor- él desaparece como parte de la realidad externa y se convierte en intra- en vez de extra-psíquico; entonces lo intrapsíquico es sometido, en un estado de ensueño como lo es el trance traumático, al proceso primario, vale decir, de acuerdo al principio de placer, puede ser modificado o cambiado mediante el uso de alucinaciones positivas o negativas. En cualquier caso, el ataque como realidad externa rígida deja de existir y, en el trance traumático, el niño logra mantener la situación previa de ternura. (p. 228)

Nuevamente vemos la “identificación con el agresor”, la descripción que hace Ferenczi de la pérdida defensiva de sí mismo del niño frente al devastador y abrumador dolor y confusión. Empleó las palabras “identificación” e “introyección” de manera casi intercambiable. Como señalara Frankel (2002), Anna Freud (1967) con posterioridad le dio a esta defensa el sentido que tiene para la mayoría de las personas: convertirse uno mismo en agresor para dejar de sentirse como víctima. Por lo tanto, ella apeló a la observación común de que los niños agredidos a menudo llegan a golpear a niños más pequeños o más vulnerables que ellos mismos en algún otro sentido. Por el contrario, Ferenczi había estado describiendo la experiencia del niño traumatizado que siente -en parte debido a que el adulto después lo aseveró- que él o ella quiso o produjo el incesto o provocó la violencia o el abandono. Yo misma he observado que incluso un niño no deseado desde antes de nacer, como también advirtió Ferenczi (1929), suele sentir que hay algo repulsivo o defectuoso en él que vuelve razonable el rechazo.

La identificación con el agresor en el sentido ferencziano describe la experiencia clínica cotidiana de pacientes que están por completo convencidos de que, puesto que otros los han rechazado, verdaderamente pertenecen a un lugar externo a la comunidad humana. Es posible que aquí encontremos las raíces más tempranas de la horrible vergüenza tan bien descrita por Morrison (1987, 1999) y otros (Gump, 2000; Kilborne, 1999; Lansky, 1994; Orange, 2008b). Desde el comienzo nos hemos identificado con los otros que se han sentido, y que entonces nos han tratado, como cargas, intrusiones, molestias, juguetes para ser usados

y descartados, apéndices útiles, algo sin valor, flojos, egoístas, buenos para nada, incluso malos o, en palabras de Ferenczi, como “pequeños psiquiatras”, y así hemos desarrollado nuestro sentido de nosotros mismos. A menudo crecemos sintiéndonos como una confusa mezcla de estas identificaciones humilladas y de ese modo llegamos a la puerta de un terapeuta, derrotados y desesperados, sintiéndonos culpables de lo que otros han hecho “como si me hubiese violado a mí mismo”. Tal como también mostrará la similar pero no idéntica concepción de Brandchaft, la agenda del agresor ha usurpado todo el ser del niño que se convierte en nuestro paciente. Este daño generalizado puede o no ser inmediatamente aparente, pero un terapeuta sintonizado con las profundidades de su vergüenza y perplejidad podrá empezar a percibir el traumatismo. “El cambio más importante, producido en la mente del niño por la identificación impulsada por la ansiedad y el miedo con la pareja adulta, es la introyección de los sentimientos de culpa del adulto que hace aparecer el juego, hasta ese momento inofensivo, como una ofensa merecedora de castigo” (Ferenczi, 1949a, p 228).

Por supuesto, sólo con dificultad el paciente -o quizás un terapeuta con una historia similar- conecta esta confusión y vergüenza con sus orígenes, porque nuestras lenguas también se pueden confundir en esa misma identificación con el agresor. En palabras de Ferenczi (1949a):

Cuando el niño se recupera de un ataque como ese, se siente enormemente confundido, de hecho escindido -inocente y culpable al mismo tiempo-, y se rompe su confianza en el testimonio de sus propios sentidos. Más allá, el brusco comportamiento de la pareja adulta atormentada y enrabiada por su remordimiento deja al niño aún más consciente de su propia culpa y aún más avergonzado. Casi siempre el perpetrador se comporta como si nada hubiese ocurrido y se consuela con el pensamiento: “Oh, es sólo un niño, no sabe nada, lo olvidará todo”, (pp. 228-229)

El perpetrador está en lo correcto y equivocado. El paciente adulto no recuerda los orígenes de su sufrimiento de una manera que ahora le resulte útil. En cambio, uno porta el sufrimiento en la memoria encarnada, en términos psicosomáticos, tal como aprendiera Ferenczi de su colaboración con Georg Groddeck. O uno vive disociado: “Un niño indefenso es maltratado, por ejemplo a través del hambre. ¿Qué ocurre cuando el sufrimiento aumenta y excede la capacidad de comprensión de la pequeña persona? El uso coloquial describe lo que sigue con la expresión “el niño pasa a estar fuera de sí mismo” (Ferenczi y Dupont, 1988, p 32). En la situación clínica, los clínicos pueden notar que tales pacientes hablan de “el bebé” o “el niño” sin conciencia de que están hablando como de otra persona.

La confusión de lenguas también nos hace volver a la temática del bebé sabio. No sólo a los niños abusados sexualmente se les han confundido las lenguas, aunque a ellos les ocurre del modo más violento:

Además del amor y el castigo apasionados, existe un tercer método de ligar sin poder hacer nada por evitarlo a un niño con un adulto. Ese es el terrorismo del sufrimiento. Los niños tienen la compulsión de corregir todo desorden en la familia, de cargar, por así decirlo, sobre sus propios hombros tiernos la carga de todos los demás; por supuesto, esto no se debe a puro altruismo, sino que es necesario para poder volver a disfrutar el resto perdido y los cuidados y la atención que lo acompañan. Una madre que se queja de sus constantes miserias puede convertir a su hijo en una enfermera de por vida, esto es, una verdadera madre sustitua, descuidando los verdaderos intereses del niño. (Ferenczi, 1949a, p. 229)

Aunque, como advirtiera Haynal (1989), Ferenczi estaba fascinado con las teorías catastróficas de la geología y la paleontología, su teoría del trauma psicológico incluía catástrofes como ataques sexuales a niños y el continuo abuso, negligencia, explotación e inadaptación que Khan (1963) con posterioridad llamaría “trauma acumulativo” y que Bernard Brandchaft (2007) denominaría “sistemas de acomodación patológica” (ver Capítulo 7). Este “terrorismo del sufrimiento” era por completo capaz de crear un bebé sabio, admirado por todos, pero que en realidad vive fuera de sí mismo y está organizado mucho más precariamente y mucho más perdido para sí mismo de lo que nadie imagina hasta que Humpty Dumpty -quien está sentado, aunque

sea sin darse cuenta, arriba del muro entre la “normalidad” y la catástrofe para toda la vida- se da un gran porrazo (es decir, se encuentra con una importante retraumatización y quizás colapsa).

Es posible que tal bebé sabio se convierta en la “personalidad aparentemente normal” de los individuos de mejor funcionamiento descritos por los actuales teóricos del trauma (Hart, Nijenhuis y Steele, 2006), cuyos recuerdos encarnados y emocionales permanecen disociados y en gran medida fuera de su alcance. El trauma del desarrollo o trauma relacional -sea abuso, negligencia, usurpación o alguna combinación de éstos- puede transformar al niño tal como lo describió Ferenczi hace mucho tiempo. Sólo cuando el sistema falla o cuando la persona que apenas sobrevive se encuentra con un clínico preparado con la hermenéutica de la confianza, podrá comenzar el trabajo de sanar tal fragmentación. Ferenczi creía que tales pacientes necesitan todas las ventajas de la crianza normal. Nunca se les ha permitido ser niños, con las necesidades y dependencia de los niños.

Tanto Michael Balint (1968) como Donald Winnicott (1955) calificarían esas necesidades de regresivas, pero los tres comprendían que muchas de estas necesidades de apego nunca habían sido satisfechas y que el retorno no era a un reencuentro, sino a una esperanza desesperada de encontrar el necesario “algo” por primera vez. “El hombre abandonado por todos los dioses”, pensó Ferenczi (1949b), podría en el último momento encontrarse a sí mismo en su lucha traumática sin estar ahora solo. Aunque no le podemos ofrecer todo lo que cuando niño debiera haber tenido, el mero hecho de que podamos servirle de ayuda brinda el necesario ímpetu hacia una nueva vida en que las páginas de lo irrecuperable están cerradas y donde el primer paso hacia la conformidad se dará ante lo que la vida aún puede ofrecer en vez de tirar lejos lo que todavía puede tener un buen uso. (p. 234)

## **TERATOMA Y ESCISIÓN**

A continuación, consideraremos algunas descripciones ferenczianas del daño que provoca en la psique el trauma muy temprano y extremo. No es mera licencia poética comparar la mente del neurótico con una doble malformación, algo como el denominado teratoma que oculta en alguna parte de su cuerpo fragmentos de un mellizo que nunca se ha desarrollado. Ninguna persona razonable se negaría a ceder tal teratoma al bisturí del cirujano si la existencia del individuo entero se viera amenazada... Puedo imaginar casos de neurosis, de hecho muchas veces me he encontrado con ellos, en los cuales (posiblemente como resultado de shocks inusualmente profundos en la infancia) la mayor parte de la personalidad se convierte, por así decirlo, en un teratoma, estando la tarea de adaptación a la realidad apuntalada por el fragmento de la personalidad que ha sido salvado. Tales personas efectivamente se han mantenido casi por completo en el nivel de niño y para ellas no bastan los métodos habituales de la terapia analítica. Lo que tales neuróticos necesitan es ser realmente adoptados y participar por primera vez en su vida de las ventajas de la crianza normal. (Ferenczi, 1930, pp. 441-442)

¿Qué es teratoma? Stanton cree que el teratoma se mantuvo como una poderosa pero poco desarrollada metáfora para el proceso traumático, que él pensaba podía dejar atrás una especie de “mellizo embrionario subdesarrollado” (Stanton, 1991, p. 336), dejando el fragmento que queda para vivir como si estuviera completo, bajo mucha presión. En la medida en que el superviviente del trauma es consciente del mellizo muy joven, le parece feo y vergonzoso -tal como sugiere la palabra teratoma- y algo de lo cual es necesario deshacerse. En mi experiencia, estos pacientes traumatizados se disculpan constantemente, sintiendo que lo que ven como su gran necesidad vergonzosa y asquerosa es una terrible carga que nunca nadie debiera tener que soportar. Suelen decirme que su sí mismo infantil ya está muerto o que debiera ser extirpado quirúrgicamente como un tumor porque sólo genera problemas. A pesar de que ciertos aspectos del trabajo de Ferenczi con el trauma aparecen en gran parte del trabajo clínico cotidiano y también son aplicables al trauma adulto, el teratoma señala el daño infligido por la violencia física, emocional y sexual a los infantes y niños pequeños, mucho antes de que sean capaces de armar un relato al respecto. Cada uno de los hermeneutas clínicos que estudiamos en este libro percibió esta devastación, reconoció que el psicoanálisis ortodoxo no podía abordarla e intentó encontrar una respuesta sin abandonar del todo el mundo psicoanalítico.

Leonard Shengold (1979), quien reconoció su deuda con Ferenczi en sus trabajos sobre el asesinato de almas, explicó la necesidad de tal escisión:

El niño que es atormentado por uno de sus padres con frecuencia tiene que pedirle ayuda y rescate a ese mismo progenitor... si es necesario recurrir al mismo progenitor que abusa y es vivenciado como malo para encontrar alivio a la aflicción que ese padre ha provocado, entonces el niño debe romper con lo que ha experimentado y, a raíz de una desesperada necesidad, tiene que registrar al progenitor -delirantemente- como bueno. Sólo la imagen mental de un buen padre o madre puede ayudarlo al niño a manejar la aterrorizante intensidad del miedo y rabia que es el efecto de las experiencias atormentadoras... se trata de una operación de escisión o fragmentación de la mente. (p. 539) Ferenczi visualizaba a estos pacientes como necesitados de una crianza normal. ¿Qué significa esto? Una vez más vemos el efecto compasivo de una hermenéutica del trauma y la confianza:

El amor y la fortaleza del analista, asumiendo que la confianza que se le tiene es lo suficientemente profunda y grande, tienen casi el mismo efecto que el abrazo de una madre amorosa y un padre protector. La ayuda ofrecida por el regazo y fuerte abrazo de la madre permite una relajación completa, incluso después de un trauma devastador, de modo que las fuerzas propias de la persona devastada, que no han sido perturbadas por las tareas externas de tomar precauciones o defenderse, pueden destinarse de una manera no escindida a la tarea interna de reparar el impedimento de las funciones causado por una penetración inesperada. (Ferenczi y Dupont, 1988, pp. 68-69)

De acuerdo a Ferenczi, el analista se convierte en una especie de tablilla auxiliar para una persona muy fragmentada hasta que puede producirse suficiente sanación, en especial a través de procesos de involucramiento mutuo en el deshacer la confusión de lenguas, confusiones pasadas y presentes, para permitir más desprendimiento. Esta función, similar, aunque no idéntica al “ambiente sostenedor” - que Winnicott concebía como necesario para el desarrollo normal-, es adicionalmente crucial debido a la forma en que Ferenczi entendía lo que le ocurre en términos psicológicos a una persona severamente traumatizada:

Desde el momento mismo en que experiencias amargas nos enseñan a perder la fe en la benevolencia del mundo circundante, se produce una escisión permanente en la personalidad. La parte escindida se instala a sí misma como protección frente a peligros, principalmente en la superficie (piel y órganos de los sentidos), y la atención de esta protección está dirigida de modo casi exclusivo hacia el exterior. Se preocupa sólo del peligro, es decir, de los objetos en el entorno, todos los cuales se pueden volver peligrosos. De ahí la escisión del mundo, que previamente daba la impresión de homogeneidad, en sistemas psíquicos subjetivos y objetivos; cada uno tiene su propio modo de recordar, de los cuales sólo el sistema objetivo es completa y realmente consciente... Sólo al dormir logramos, mediante ciertos arreglos externos (creación de una situación segura cerrando puertas y ventanas, envolviéndonos en ropa de cama protectora y abrigadora), suspender esta protección. (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 69). Aquí Ferenczi produce una alternativa radical a la comprensión freudiana de las defensas, una parte central de la hermenéutica de la sospecha. Una vez que comprendemos a la persona devastada como alguien que está intentando desesperadamente sostener y proteger los fragmentos y tuestos restantes, desarrollamos una hermenéutica diferente, una forma de escuchar las resistencias y defensas como algo casi heroico (más sobre esto cuando lleguemos a Kohut y Brandchaft).

## **LA ACTITUD ANALÍTICA**

Tal como aprendió Ferenczi, si un terapeuta, protegiendo su propia vulnerabilidad emocional, enfrenta un paciente de estas características con la actitud analítica tradicionalmente “neutral” y distante, no existirá esperanza alguna. “La técnica analítica [habitual] genera una transferencia, pero después se retrae, hiriendo al paciente sin darle la oportunidad de protestar o irse; de ahí una fijación interminable en el analista mientras el conflicto se mantiene inconsciente” (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 210). Ferenczi planteó una interrogante distinta: ¿cómo debe un analista o terapeuta enfrentar a tal paciente, un paciente devastado por un maltrato temprano o posterior? Si la paciente se da cuenta de que yo siento genuina compasión por ella y que estoy decidido con ilusión a buscar las causas de su sufrimiento, entonces ella de pronto no sólo se vuelve capaz de ofrecer un relato dramático de los eventos, sino también de hablarme sobre éstos. Así, la atmósfera agradable le permite proyectar las experiencias traumáticas al pasado y comunicarlas como recuerdos. Primero es necesario crear un contraste con el entorno que rodeó a la situación traumática -es decir, simpatía, confianza -confianza mutua- antes de que se pueda establecer un nuevo punto de apoyo: un recuerdo en

vez de repetición. En este sentido, la asociación libre por sí misma, sin estos nuevos fundamentos para una atmósfera de confianza, no producirá ninguna sanación real. El médico tiene que estar efectivamente involucrado en el caso, en cuerpo y alma, o admitir de manera honesta cuando no lo está, en absoluto contraste con el comportamiento de los adultos hacia los niños. (Ferenczi y Dupont, 1988, pp. 169-170)

Aquí nos encontramos con la versión de Ferenczi de la tesis central de este libro, desarrollada en los dos capítulos anteriores: recibir al paciente con actitudes formadas por la hermenéutica de la confianza cambia aquello que se aprovechará para comprender. La sospecha puede desenmascarar, pero no puede sanar.

Si el paciente realmente siente que de hecho lo cuidaremos, que tomamos en serio su necesidad infantil de ayuda (y uno no puede ofrecerle a un niño indefenso -la mayoría de los pacientes lo son- meras teorías cuando se encuentra en un terrible estado de dolor), entonces seremos capaces de inducir al paciente a mirar atrás hacia su pasado sin terror. (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 210)

El coraje aparece porque el paciente, todavía herido y aterrorizado, pero ya no completamente solo, llega a tener la sensación de que tal vez no será abandonado a agonizar, a morir solo. Ayuda al análisis cuando el analista es capaz de, con casi inagotable paciencia, comprensión, buena voluntad y amabilidad, asumir al paciente tanto como sea posible. Al hacerlo, construye una reserva mediante la cual puede abordar los conflictos que tarde o temprano serán inevitables, con la posibilidad de reconciliación. Entonces el paciente percibirá el contraste entre nuestro comportamiento y el comportamiento que experimentó en su familia real y, sabiendo que está seguro respecto de la repetición de tales situaciones, tiene el coraje de abandonarse a una reproducción de su doloroso pasado. (Ferenczi, 1931, pp. 473-474)

El paciente suele tomar plena conciencia de la profundidad y alcance de su herida, negación y abandono sólo cuando un terapeuta ofrece tal comprensión participativa y apoyadora (el testigo psicoanalítico; Orange, 1995; Poland, 2000).

En contraste con nuestro propio procedimiento, llegamos a aprender de las acciones y reacciones desacertadas e impropiedades de los adultos en la infancia del paciente en presencia de los efectos de los shocks traumáticos. Probablemente la peor forma de manejar tales situaciones es negar su existencia, afirmar que nada ha ocurrido y que nada está dañando al niño. A veces es efectivamente golpeado o regañado cuando manifiesta parálisis traumática del pensamiento y movimiento. Esos son los tipos de tratamiento que vuelven patogénico el trauma. Uno tiene la impresión de que los niños superan incluso shocks severos sin amnesia o consecuencias neuróticas si la madre se acerca con comprensión y ternura y (lo menos frecuente) absoluta sinceridad. (Ferenczi, 1931, p. 479) Al mismo tiempo, Ferenczi llegó a darse cuenta de que, por mucho que la amabilidad y calidez sean indispensables, no bastan. El analista, con todas sus propias fragilidades, con todas las limitaciones resultantes de su propia historia emocional, sin duda dañará al paciente y será justamente reprochado:

Es una tarea ineludible para el analista: aunque puede comportarse como quiera, puede llevar la amabilidad y la relajación tan lejos como sea posible, llegará el momento en que tendrá que repetir con sus propias manos el acto de asesinato perpetrado anteriormente contra el paciente. Sin embargo, en contraste con el asesinato original, no tiene derecho a negar su culpa. (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 52)

El hecho de que es inevitable que retraumatizamos - “asesinemos”, dijo él- a nuestros pacientes, aun cuando nos hayamos vuelto capaces de quererlos, nos debiera servir para bajarnos los humos. Seguimos siendo seres limitados, y ninguna cantidad de flexibilidad (Ferenczi, 1930), sabiduría y compasión nos proporcionará suficiente tiempo o resistencia como para compensar a nuestros pacientes (o a sus otros significativos) por los crímenes que han soportado. En cambio, debemos reconocer nuestros crímenes y faltas tan generosamente como sea posible; tenemos que admitir cuán poco entendemos, debemos confesar nuestro agotamiento y frustración. Tenemos que aceptar la responsabilidad por nuestra contribución actual al sufrimiento de nuestros pacientes (Vida, 1993).

## **TENEMOS QUE SER SINCEROS.**

Tampoco debiéramos esperar (compárese Rudnytsky, 2002) que un solo episodio de honestidad y humildad baste para alguien que ha aprendido a no confiar en nadie: No parece ser suficiente llevar a cabo

una confesión general y recibir una absolución general; los pacientes quieren que todos los sufrimientos que les causamos sean corregidos uno por uno, quieren castigarnos por éstos y entonces esperar hasta que dejemos de reaccionar con resistencia o sintiéndonos ofendidos y respondamos con comprensión, arrepentimiento, y en efecto con amorosa simpatía. (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 209)

En otras palabras, un “Sí, me equivoco” de pasada, o incluso un “Tienes razón, no debiera haber hecho eso”, no basta para devolver la confianza. Una genuina disculpa reconoce el daño hecho al otro y a veces incluso nuestra motivación todo menos que generosa. Expresa una genuina pena. En ocasiones es necesario decir que no sé exactamente por qué dije o no dije algo, y que lo pensaré y volveremos a hablar. Si resulta que realmente estaba siendo egoísta, centrada en mí misma o vengativa, es posible que tenga que decirlo. Si estaba verdaderamente preocupada y con la mente en otra parte, es posible que tenga que decirlo. Sea como sea, según Ferenczi, la honestidad exigida a los pacientes en el análisis requiere de una honestidad correlativa por parte del analista. Por lo tanto, se puso a sí mismo en riesgo, “sin ningún seguro” (Haynal, 1993, p. 199), en una medida impensable entre quienes defendían la “técnica estándar”. Afirmó que cuando nuestros pacientes nos corrigen, “el analista debe tragar bastante y tiene que aprender a renunciar a su autoridad como ser omnisciente” (Ferenczi, 1949b, p 242). Tuvo que reconocer y aceptar el hecho de haber causado sufrimiento adicional a su paciente y, al mismo tiempo, devolver la comodidad y esperanza necesarias para seguir adelante.

Pero esto tampoco es suficiente. Tenemos que cambiar radicalmente nuestra forma de ser con el paciente desde adentro hacia afuera. Debemos encontrar una forma de querer a este paciente. Para Ferenczi, él mismo carente de un analista suficientemente bueno, esto significó tener que implicarse en sus informativos, pero finalmente decepcionantes experimentos en análisis mutuo.

## **MUTUALIDAD**

Los detractores se han distraído tanto con los experimentos de Ferenczi en análisis mutuo -motivados, aseveran con Freud, por el “furor sanandí” (pasión de sanar) supuestamente neurótico de Ferenczi- que pasan por alto su mensaje central. Para llegar a nuestros pacientes más devastados, creía, tenemos que permitirnos ser conocidos, criticados y cambiados por ellos -un enorme desafío a las ortodoxias autoritarias en el psicoanálisis y en otras formas de psicoterapia. Eleanor Roosevelt es famosa por haber dicho que la comprensión era una vía de doble sentido, y, tal como nos enseñó Ferenczi, también lo es el psicoanálisis. En la actualidad, grandes grupos en el mundo psicoanalítico están explorando este mensaje: psicoanalistas relacionales, psicólogos relacionales del yo y teóricos de los sistemas intersubjetivos. Fuera del psicoanálisis, está creciendo un enfoque dialógico y relacional en los mundos de las psicoterapias humanistas tales como las terapias gestálticas (Hycner y Jacobs, 1995; Staemmler, 2009). Pero las palabras de Ferenczi, admitidamente menos desarrolladas en términos teóricos porque eran originales en su época, siguen desafiándonos a estar a la altura de nuestras refinadas teorías: “Uno podría casi decir que, mientras más debilidades tenga el analista, que conducen a equivocaciones mayores o menores pero que entonces son puestas al descubierto y tratadas durante el análisis mutuo, es más probable que el análisis descansa sobre fundamentos profundos y realistas” (Ferenczi y Dupont, 1988, p 15).

El énfasis actual en la mutualidad y la intersubjetividad tiene una profunda deuda con Ferenczi por su disposición a colocarse continuamente en riesgo en muchos niveles, pero siempre, por supuesto, por el bien del sufrimiento de los traumatizados. Esta actitud condujo a Ferenczi a sus experimentos con la mutualidad y lo convenció de que sólo en conjunto podemos entrar en el camino hacia la sanación y reintegración. En las evocadoras palabras de Vida y Molad (2004):

Ser traumatizado... es la experiencia de encarar la aniquilación. Revivir un trauma nos devuelve al interior de la experiencia sin una sensación de cómo va a terminar. No hay un como-si y ninguna sensación de la persona que uno es en el presente y que viaje hacia el revivir... en la comunidad de las bocas vacías puede tener lugar una comunicación, con el ejercicio de la responsabilidad personal, y, de hecho, un abrazo transformador del trauma mutuo se convierte en una posibilidad. (pp. 346-347)

Sugirieron que trabajar con un espíritu ferencziano significa trabajar a veces en la oscuridad, asumiendo los riesgos de una retraumatización mutua (Jaenicke, 2008), siendo testigo del sufrimiento del otro y realizando y encontrando un psicoanálisis sincero como una forma de vida. Antal Bókay (1998) expresó con elocuencia el efecto que tiene en nuestra vida clínica el vuelco de Ferenczi hacia la hermenéutica de la confianza. En contraste con la “profesión decente” de un psicoanálisis metódico y más distanciado, el psicoanálisis de Ferenczi involucra una autocreación libre y mutua en la cual los participantes son magos, amantes y verdaderos amigos. La existencia y recuperación subjetivas tienen lugar en el lenguaje... El diálogo en cuestión es un diálogo real: no hablamos acerca de nuestro significado interior utilizando la conversación como instrumento, sino que más bien existimos en ella. (p. 196, énfasis añadido) Gadamer no podría haberlo dicho mejor.

A fin de cuentas, los experimentos de Ferenczi, y su experiencia de los peligros de un análisis mutuo pleno para sus demás pacientes, lo llevaron a la conclusión: “Análisis mutuo: ¡sólo un último recurso!” (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 115). ¿Qué podemos concluir a partir de su conclusión? Yo creo que finalmente se retrajo, no por temor a su propia inflada grandiosidad o desgaste. Creía que los peligros de la grandiosidad iban más por el lado de sostener un rol analítico hipócrita y distanciadamente autoritario cargado de teoría. Permitirse ser criticado de manera constante y buscar satisfacer las necesidades del paciente no era algo que le pareciera grandioso. Ni tenía temor al desgaste más de lo que lo temía Winnicott (Oh, Dios, ¡déjame estar vivo hasta que muera!). Con la finalidad de descubrir qué podría ser de ayuda para los más devastados, me parece que fácilmente hubiera dado su vida. Lo que lo alejó del análisis mutuo fue el viejo refrán médico “No hagas daño”. Con rapidez advirtió que la complejidad de las relaciones suyas y de sus pacientes convertía el análisis mutuo en algo con demasiados costos para demasiadas personas y se vio obligado a abandonarlo en un sentido literal. No obstante, lo que aprendió de éste ha estado enseñando desde entonces al psicoanálisis y la psicoterapia sobre la mutualidad, intersubjetividad y sinceridad.

## **HERMENÉUTICA CLÍNICA**

Es posible identificar varias actitudes clínicas humanistas -de seguro, no se trata de reglas- como típicamente ferenczianas. Las necesidades del paciente requieren de la plena sinceridad y tacto del analista. En la paráfrasis de Balint (1957a), “Ferenczi nos ha mostrado cómo tenemos que observar cada tono, movimiento, gesto, de modo que nos guíe sólo la verdadera sinceridad y no la ‘hipocresía profesional’ que reduce al paciente al silencio” (p. 240). Aquí podemos notar que no es cuestión de la tan preciada “autenticidad” en el psicoanálisis contemporáneo, sino más bien, tal como Ferenczi enfatizó de manera reiterada en sus últimos años, que tenemos que encontrar un modo de transformar en algo genuino toda pretensión de interesarnos en nuestro paciente. Hasta que seamos capaces de hacer esto, será mejor no aparentar. El tacto y el timing -algunos podrían decir la “estrategia” -siempre valorada en el trabajo clínico- no desaparecen en esta concepción. Esperar el momento oportuno para formular una pregunta puede simplemente ser cuestión de sensibilidad al desarrollo, tal como argumentarían Ferenczi y Winnicott. Pero todo lo falso impedirá la necesaria seguridad dentro de la cual todos los terrores pueden salir y ser manejados en conjunto.

## **ESTAR DISPUESTO A EXPERIMENTAR**

Ferenczi, siempre un falibilista (Orange, 1995), sostenía sus propias ideas y las de otros con ligereza. En palabras de Balint (1957b), él “nunca olvidó que el psicoanálisis fue en realidad descubierto por una paciente, la Srta. Anna O., y que el mérito del médico, el Dr. Breuer, radicaba en que siempre estaba dispuesto a aceptar la guía de su paciente y a aprender de ella el nuevo método de sanación” (p. 238). Más tarde, cuando Ferenczi tropezó en su propio trabajo, lo interpretó como señal de que él mismo necesitaba más análisis. Desde su perspectiva, “Si un paciente está dispuesto a continuar el análisis y el trabajo aun así no avanza, entonces es el médico y su método los que están fallando” (p. 238). En este mismo espíritu, un hermeneuta gadameriano siempre espera ser cuestionado por el otro junto al cual buscamos comprensión.

Estar dispuesto a reconocer errores y actitudes negativas hacia el paciente De nuevo, en palabras de Balint (1957a):

No rehuía ningún sacrificio si, en opinión del paciente, el tratamiento fallaba a la hora de progresar debido a sus peculiaridades personales [las de Ferenczi]. Revisaba sus palabras, sus habituales formas de expresión, sus gestos, incluso su tono de voz, si sus pacientes los criticaban; y siempre estaba dispuesto, sin importar el costo para sí mismo, a examinar los límites de su sinceridad. No se permitía un único tono falso o incluso vacío en presencia del paciente. (pp. 238-239)

Asumir que el paciente está herido y confundido, no que es hostil Ésta conforma una premisa crucial de cualquier terapéutica informada por una hermenéutica de la confianza y obviamente contrasta con todas las formas de psicoanálisis y psicoterapia que asumen motivaciones agresivas como fundamento psicológico.

Asumir que las defensas sirven a las necesidades de supervivencia, Por ejemplo, “una importante fuente de masoquismo: el dolor [pudiera ser] el alivio de otros dolores mayores” (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 23). Profundizaremos en esta idea en los capítulos sobre Heinz Kohut y Bernard Brandchaft. Asumir que el paciente es nuestro compañero en la búsqueda de sentido En palabras de Vida y Molad (2004), “La elaboración de las ideas de Ferenczi lleva a una conceptualización radicalmente diferente del encuentro terapéutico” (p. 339), en que el analista sencillamente ya no decodifica los significados inconscientes del paciente. Por último, concluyó Ferenczi, no es necesario que escojamos entre la comprensión y la bondad. Algunos meses antes de morir, reflexionando sobre el largo trabajo con los más fragmentados de sus pacientes, escribió:

Además de la capacidad de integrar los fragmentos en términos intelectuales, también tiene que existir bondad, ya que sólo ésta hace de la integración algo permanente. El análisis por sí mismo es disección anatómica intelectual. Un niño no puede ser sanado sólo con comprensión. Primero es necesario ayudarlo en términos reales y luego brindarle consuelo y despertar la esperanza... La bondad por sí misma tampoco ayudaría mucho, sino que sólo ambas en conjunto. (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 207)

En resumen, lo que Ferenczi había hecho era colocar la sanación, no la teoría, en el centro del psicoanálisis. La práctica proporcionaba el sentido a la teoría, “más que ser meramente su producto secundario” (Bóky, 1998, p. 194). Esta práctica involucraba una hermenéutica de la confianza que incluía tratar a los pacientes con humanidad y compasión. Un psicoanálisis hermenéutico ferencziano, continúa Bóky, “no es una profesión sino una forma de vida, una autocreación a través del diálogo” (p. 194). Tal vez el poeta Attila Jozsef, el más destacado poeta húngaro y contemporáneo de Ferenczi, lo expresó mejor:

Me has vuelto a convertir en el niño  
sin una huella de treinta años de dolor.  
No me puedo alejar, haga lo que haga  
es a ti que soy atraído, a pesar de mí mismo.  
He dormido en el umbral  
lejos de los brazos de una madre  
escondiéndome dentro de mí mismo, loco.  
Arriba, un cielo vacío;  
¡oh, sueño! estoy tocando a tu puerta.

Existen quienes lloran en silencio Y sin embargo parecen duros como yo,  
Mira: mi amor por ti es de tal fuerza Que puedo amarme a mí mismo, contigo.



## UNA HISTORIA DE DOS FERENCZIS

Me parece que, en el psicoanálisis contemporáneo, desde la publicación del Diario Clínico y los tres volúmenes de la correspondencia Freud-Ferenczi, hemos llegado a tener dos versiones de Ferenczi, casi otra escisión traumática en nuestro recuerdo de él. En primer lugar, tenemos al Ferenczi del análisis mutuo, que decía a sus pacientes lo que no podía soportar de ellos y, aún más, cuáles eran sus propias fallas, el paradigma de la mutualidad y la confrontación y la igualdad y la improvisación.

Pero también tenemos al Ferenczi maternal, generoso y tierno y compasivo, convencido de que el sufrimiento y el terror de sus pacientes requerían una relación analítica asimétrica. Su hermenéutica del trauma y la confianza lo llevó a creer que sus pacientes efectivamente habían sufrido abusos y abandono que necesitaban más que un conocimiento distante e intelectual. Este segundo Ferenczi inspira a quienes creen que la confrontación y la franqueza no son suficientes y que, en cambio, están explorando la descripción de algo así como el “amor analítico” (Shaw, 2003). Esta segunda voz a menudo se pierde en historias acerca de lo que el paciente le está haciendo al analista. En mi lectura, a lo largo de todo el Diario Clínico, Ferenczi alternó entre estas dos actitudes como si estuviera luchando su propia batalla entre ambas posturas. Experimentó con el análisis mutuo y llegó a valorar tanto la mutualidad y la sinceridad, justo porque las comprendió como condiciones absolutamente necesarias para poder sostener la actitud maternal. Cuando sentía que su propia compasión colapsaba o, peor aún, cuando sus pacientes sentían que ésta colapsaba, los dos adultos tenían que explorar juntos qué tipos de evasiones o disociaciones por parte de ambos podían estar interfiriendo con la sanación del niño/adulto completamente devastado que había confiado a este analista un alma violentada y destrozada. Afirmó que en tales momentos necesitamos “la humilde admisión, frente al paciente, de las propias debilidades, experiencias traumáticas y desilusiones, lo que suprime por completo ese distanciamiento por inferioridad que de otro modo se mantendría” (Ferenczi y Dupont, 1988, p 65).

Nótese que esta práctica no requiere un análisis mutuo pleno, pero sí la transformación de actitud que sustentó los experimentos clínicos de Ferenczi. Continuó:

Si incluso ocurriera, como en ocasiones me sucede, que experimentar el sufrimiento del otro y el propio lleva una lágrima a mis ojos (y uno no debiera esconderle esta emoción al paciente), entonces las lágrimas de médico y paciente se mezclan en una comunión sublimada, la que quizás tiene su analogía sólo en la relación madre-hijo. Y este es el agente sanador. (Ferenczi y Dupont, 1988, p. 65)

En un espíritu genuinamente levinasiano, a Ferenczi le importaba lo suficiente el rostro del otro que sufre como para desarrollar una hermenéutica de la confianza. Al igual que otros que siguieron este camino, pagó un alto precio en términos de rechazo e incompreensión. De modo que consideremos brevemente el coraje de Ferenczi. Con temor y temblor, pero a la vez con creciente seguridad, emergió de la sombra de Freud para abrirse al rostro de sus pacientes sufrientes que le gritaban: “¡No me dejes morir indefenso!”. ¿Dónde en nuestra formación se nos enseña a escuchar esa llamada o a responder si somos capaces de escucharla? ¿Y qué si aparece en una forma previamente no reconocida? Ferenczi se negó a retraerse hacia lo conocido (Borgogno, 2004) y, en cambio, permitió a sus pacientes conducirlo a las regiones más oscuras y feas de la crueldad humana perpetrada en los niños y sus devastadores resultados. Su “análisis infantil en el análisis de adultos” (Ferenczi, 1931) prefiguró el trabajo de Winnicott y lo dejó vulnerable no sólo al rechazo por parte de Freud y a la difamación por parte de Jones, sino también al olvido hasta hace pocos años. El bebé sabio creció para dejarles a los psicoterapeutas el regalo de su compromiso y coraje.

Para la ética levinasiana, este camino de compromiso sigue siendo un camino radical que no podemos evadir a no ser que estemos dispuestos a abandonar a nuestros pacientes tal como ya han sido abandonados. Tal vez hoy en día sepamos algo más sobre la mitigación de la “fatiga por compasión” y el “trauma vicario” (Courtois y Ford, 2009) de lo que sabía Ferenczi. Lo que él sabía era que enfrentar a cada paciente devastado requeriría un nivel de involucramiento y disposición al cambio que no podíamos imaginar de antemano.

## “Y SEREMOS CAMBIADOS”

“Sonará la trompeta”, proclama el bajo en la famosa aria de G.F. Händel,  
“Y seremos cambiados”

En el psicoanálisis, tal vez no escuchemos la trompeta de la esperanza teológica, pero si llegamos a entregarnos a la complejidad intersubjetiva a la que nos invita y desafía Ferenczi, seremos cambiados profundamente. Según el intersubjetivista contemporáneo Chris Jaenicke (2011), en el tratamiento psicoanalítico “ocurre un encuentro de mundos subjetivos en que se nos pide reorganizar parcialmente nuestros principios organizadores básicos... a menos que seamos capaces de enfrentar este desafío, abrazar esta profundidad de involucramiento, la terapia no tendrá un efecto duradero. Para cambiar, tenemos que permitirnos ser cambiados” (p. 14). Aseveró que la pregunta que nos plantean nuestros pacientes “es si acaso estamos dispuestos a ir con ellos hasta el final” (p. 29). Aunque al final Ferenczi comprendió que el análisis mutuo literal -resultado de su propio análisis fallido con Freud- tenía que fracasar, siguió comprometido con la idea de que cualquier análisis en el cual se esté plenamente involucrado tiene que transformar a ambas personas. Para explicar la “acción terapéutica” en términos de sistemas intersubjetivos (Orange, Atwood y Stolorow, 1997; Stolorow y cols., 2002) o en términos relacionales (Mitchell, 2000a) tengo que describir lo que ambos participantes traen al campo, cuán complejos e interdependientes son los procesos de influencia mutua y la responsabilidad asimétrica (levinasiana) de rol. Tengo que dar cuenta de cómo ambos han sido cambiados por el otro y por el trabajo/juego/lucha que hemos realizado juntos.

Tú que entrarás por mi puerta en la hora siguiente, con tu singular necesidad a ser satisfecha y abrazada, a pesar de cualquier cosa que yo traiga y que obstaculiza o complica mi compasión, me haces humilde y me cambias. Ante tu dolor, tan inmenso que parece que te fueras a morir aquí frente a mí, soy transformada en formas para las que no tengo palabras. Frente a tu desafío de no ignorar tu desesperación enfocando problemas más fáciles, soy cambiada. Frente a tu aparente riqueza y privilegios que vuelven a despertar mi vergüenza putrefacta, soy cambiada. Frente a tu historia de violencia y abandono que me recuerda mi propia degradación, pero también que compartimos una humanidad, soy cambiada. Frente a tu asesinato de alma de la mano de padres que desataron su odio y crueldad sobre ti y que hasta el día de hoy frustran toda mi capacidad y deseo de consolar y proteger, me siento colocada en un lugar de humildad. Frente a tu necesidad y deseo, niño y adulto, de ser querido y estimado de un modo único y frente a mis propias complejas necesidades de querer y estimar, así como de ser querida, me veo desafiada y cambiada. Como resultado de nuestra “participación [personal] en el sufrimiento del paciente” (Jaenicke), “seremos cambiados” (Händel).

Todo esto lo comprendí, en primer lugar, gracias a mis pacientes y, en segundo lugar, gracias a Ferenczi.

El presente texto corresponde a una adaptación electrónica del Capítulo 3 del libro “EL DESCONOCIDO QUE SUFRE, Hermenéutica para la Clínica Cotidiana”, Donna M. Orange, pp. 69-105, Editorial 4 Vientos, Santiago de Chile, 2013.

**Versión electrónica publicada en: <http://www.cpapertura.cl/archivos/eldesconocido.pdf>**

*Volver a Artículos sobre Ferenczi*  
*Volver a Newsletter-7*