

## 17 DE ENERO, 1932. ANÁLISIS MUTUO Y LÍMITES DE SU APLICACIÓN.



**Sándor Ferenczi**

Análisis mutuo y límites de su aplicación. Punto de partida: las fases de desarrollo de la técnica.

a) Catarsis original, precauciones en consecuencia y actitud impersonal.

b) Fracasos y éxitos incompletos, impulso hacia un cambio; aumento de la tensión (terapia activa); efecto nocivo de la severidad excesiva. Ensayo con la pasividad, la relajación; consecuencias extremas: caída de la autoridad, provocaciones (“¿cuál será el límite de la paciencia?”), sentimiento de llegar al absurdo.

c) Reconocimiento de lo que hay de artificial en los comportamientos del analista; admitir, en principio, emociones tales como la irritación, el displacer, la fatiga, “mandar todo al diablo”, y finalmente también las fantasías libidinales y lúdicas. Resultado: el paciente se vuelve más natural, más agradable y más sincero.

d) R.N. reclama un análisis metódicamente conducido, como la única medida de protección posible contra la tendencia percibida en mí de matar o de torturar a los pacientes. Al principio, una oposición violenta de mi parte: la paciente podría abusar de la situación, hacer vano todo autoanálisis en el sentido proyectivo; analizarme a mí en lugar de ella. De manera sorprendente, todo ocurrió de otro modo: la actitud adoptada por el analista hizo posible, del lado del analizante, decirlo todo sin precauciones y sin diplomacia, todo lo que anteriormente había retenido (por respeto a su sensibilidad); en la sesión analítica “correcta” que siguió, todos los afectos hasta entonces reprimidos hicieron su aparición.

Naturalmente, lo que impresionó más intensamente a mi paciente fue mi reconocimiento de antipatías personales y físicas, mi confesión de que mi actitud amistosa anterior había sido exagerada. La urbanidad, es decir la destrucción de todas las esperanzas de una contratransferencia real, más allá de lo profesional. Al primer aflujo de afectos en la paciente (deseo de morir, ideas de suicidio, huida), sucede, bastante curiosamente, un relativo aplacamiento y progresos en el trabajo: la atención se libera, en cierta medida, de las fantasías exageradas y se vuelve hacia dos realidades: la realidad en el pasado y las posibilidades de realidad en el porvenir. Todo ocurre como si el hecho doloroso de tener que soportar la pérdida de la contratransferencia hubiera acorazado a la paciente para soportar el displacer, aquel que la había conducido en el pasado a la represión y a una parálisis de tipo fóbico en relación al porvenir.

Otro problema que no está todavía resuelto aquí, está ligado al hecho de admitir la posibilidad de una transferencia positiva. En cualquier caso, admitirlo y discutirlo constituyen aquí también, en cierta medida, una protección contra su exageración. Toda clase de secreto, sea de naturaleza positiva o negativa, vuelve al paciente desconfiado; observa la presencia de afectos a partir de pequeños signos (manera de saludar, apretón de manos, tono de la voz, grado de vivacidad, etc.), pero no puede evaluar la cantidad y la importancia: revelarlos con sinceridad le permite tener contrareacciones y tomar contramedidas con mayor segu.

¿El analista así analizado puede y debe ser totalmente franco desde el comienzo? ¿No debe considerar en qué medida el paciente es digno de confianza, tener en cuenta su grado de comprensión y lo que es capaz de soportar? Por el momento, tengo cuidado en ejercer una cierta prudencia, a saber, no cedo más que en la medida en que aumenta la capacidad de tolerancia del paciente. Ejemplo: situación financiera desesperada; ya han cesado todos los pagos; después también se anula la deuda. En una ocasión anterior, una proposición imprudente: ofrecer ayuda financiera en caso de necesidad. (Seguido poco después por

una oposición interior, ligada al sentimiento: no es necesario dejarse devorar por el paciente.) Resultado negativo posible: apoyándose en esta promesa, el paciente descuidó poner en marcha todas las energías y posibilidades reales de las que disponía; al mismo tiempo, buscó obtener una ayuda material (dinero) en lugar de ayuda analítica. Otro resultado negativo: irritación interior contra el paciente que éste capta pero no comprende. Después de una franca discusión, aumento de la confianza, reconocimiento de la benevolencia manifiesta, deducida su exageración y reforzamiento frente al displacer ya evocado.

Ahora, algo “metafísico”. Muchos pacientes tienen el sentimiento de que una vez alcanzada esta especie de paz mutua, la libido, liberada de todo conflicto, tendrá, sin otro esfuerzo intelectual o de explicación, un efecto “curativo”. Me piden que no piense demasiado, sino que simplemente esté allí; que no hable tanto y que no haga esfuerzo; en realidad podría incluso dormir. Los dos inconscientes se ayudarán mutuamente de esta manera: incluso el “healer”<sup>1</sup> recibe algo tranquilizante de aquel que cura, y viceversa. Ambos otorgan importancia a la idea de tomar en un sentido sustancial este flujo mutuo, y no explicarlo sólo sobre el plano psicológico; ambos tienen representaciones absolutamente idénticas sobre el hecho de que el odio y la enemistad (en particular en los primeros años de la infancia) sustraen energía vital a la personalidad e incluso pueden llegar a destruirla completamente (shock, angustia y sus efectos paralizantes). Al fin de cuenta, la capacidad de pensar puede ser dañada por tal presión o tales golpes. La psique, fragmentada o atomizada por el traumatismo, se siente como rodeada de una sustancia adhesiva por el amor, purificada de toda ambivalencia que fluya hacia ella; los fragmentos se aglomerarán en unidades más grandes; de hecho, toda la personalidad puede converger en la reunión (homogeneidad).

Desgraciadamente, al fin de la sesión estas adquisiciones se destruyen de nuevo en gran medida. ¿La falla reside en que la fuerza de la imaginación ha supuesto en nosotros más amor que el que efectivamente podemos dar? ¿No es necesario incriminar, por esta repetición penelopeana de construcción y destrucción, al hecho de que una vez terminada la sesión, despachamos simplemente al paciente? Es indispensable tener una explicación sobre esto, que puede de este modo remediarse. En todos los casos, nuestro objetivo debe ser llevar al paciente a que se contente con las posibilidades reales, aunque fuertemente mitigadas (actitud amistosa, benevolencia), lo que significa aceptar también como forma adecuada para reunificar los pedazos y curar, esta solución libidinal un poco diluida.

Confesión subjetiva: esta libre discusión con los pacientes proporciona al analista una especie de liberación y de alivio, comparado a las prácticas, por así decir, crispadas y fatigantes en vigor en la actualidad. Si, por otra parte, logramos conquistar la benevolencia del paciente que se ha entonces liberado del egoísmo neurótico y ha comprendido la imposibilidad de pedirnos más, nos sentimos recompensados de nuestras penas: a nuestro desinterés, responde con su desinterés. Nuestra psique está también más o menos fragmentada y, en particular, después de haber gastado cantidades considerables de libido sin que retorne nada, tiene necesidad de tales reembolsamientos por parte de los pacientes bien dispuestos, curados o a punto de serlo.

Actividad intelectual en el momento de todo cambio psíquico

Esta actividad se detiene cuando no llega ninguna perturbación del exterior. Resistencia (obstinación, incompreensión) a toda agresión, tiempo y espacio determinados por esta resistencia. El intelecto mismo está fuera del tiempo y del espacio, en consecuencia supra-individual. “Orfa”.

**(Sandor Ferenczi. Diario Clínico. Editorial Conjeturales, 1984, p. 34-37).**

*Volver a Selecciones Ferenczianas*

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).

---

1.- En inglés en el texto: curador. (N del T).