

CONTRAINDICACIONES DE LA TÉCNICA ACTIVA (1926a).



Sándor Ferenczi

La técnica llamada activa, cuya esencia expuse en el Congreso de La Haya de nuestra Asociación¹ y que ilustre con ejemplos en trabajos posteriores,² ha recibido entre mis colegas una acogida o bien demasiado crítica o bien demasiado amistosa. Algunos se han creído obligados a proteger al psicoanálisis de mis innovaciones afirmando que, en la medida en que eran aceptables, no aportaban nada nuevo y, en la medida en que superaban los límites de los conocimientos establecidos, eran peligrosas y había que rechazarlas en consecuencia. Como ven, los argumentos son los mismos que pretendieron justificar el incendio de la biblioteca de Alejandría.

Las críticas no han sido, sin embargo, menos desagradables que las alabanzas excesivas de algunos jóvenes psicoanalistas que han querido ver en la actividad la aparición de una especie de libertad psicoanalítica en la que claramente se trataba para ellos nada menos que de suprimir la necesidad de mantenerse en la áspera vía de la teoría psicoanalítica, siempre muy compleja; un valiente corte activo llegaría incluso a romper de un solo golpe los nudos terapéuticos más embarullados. Dado que me encuentro dispuesto a reconsiderar una experiencia de muchos años, creo que lo mejor sería renunciar a la discusión, que a menudo es estéril, con supuestos adversarios y sin preocuparme más por el entusiasmo intempestivo de algunos partidarios, juzgarme a mí mismo indicando los puntos débiles de la técnica activa.

La primera objeción y posiblemente la más fundamental que puede aducirse contra mis formulaciones es de orden teórico. Constituye esencialmente un pecado de omisión. Para no perturbar la alegría del descubrimiento con problemas psicológicos difíciles e inoportunos, he evitado hasta ahora en mis escritos profundizar en la relación que hay entre el crecimiento de la tensión provocado por los artificios técnicos por una parte y la transferencia y la resistencia por otra.³ Quisiera reparar ahora, si es posible, esta omisión y establecer sin equívocos que la actividad, en la medida en que se propone aumentar la tensión psíquica -mediante rechazos, imposiciones y prohibiciones desagradables- para obtener un nuevo material, va a exacerbar inevitablemente la *resistencia* del paciente, es decir, va a incitar al Ego del enfermo a oponerse al analista. Esto vale en especial para los hábitos y los rasgos de carácter antiguos del paciente cuya inhibición y análisis metódicos considero como una de las funciones de la actividad. Esta constatación no tiene solo una importancia teórica; se derivan de ella importantes consecuencias prácticas, que, si se olvidan, pueden comprometer el éxito de la cura.

Esta relación del Ego con la frustración implica en primer lugar que el análisis nunca debe comenzar por la actividad. Por el contrario, conviene que el Ego se manifieste durante cierto tiempo, o al menos debe tratarsele con cierta prudencia, porque de otro modo no podrá establecerse una transferencia positiva sólida. La actividad, en cuanto medida de frustración, tiene como efecto perturbar y deshacer la transferencia; como tal, es inevitable al fin del tratamiento, pero mal utilizada perturba infaliblemente la relación entre médico y analizado. Su aplicación excesivamente rigurosa provoca la huida del enfermo lo mismo que las explicaciones brutales de los “psicoanalistas salvajes” que se enemistan el Ego del paciente con sus

1.- “Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis”, 1921, en este volumen.

2.- “Las fantasías provocadas” (1924), en este volumen.

3.- A decir verdad, ya aludí a ello en el Congreso de la Haya.

explicaciones sexuales. No hay que deducir de esto que la actividad carezca de utilidad como procedimiento de destrucción al liquidar la transferencia; puede también ofrecer servicios en medio del tratamiento si el amor de transferencia es lo suficientemente sólido; pero, en cualquier caso, se necesita una gran experiencia para evaluar lo que puede imponerse al paciente. Los debutantes deberán abstenerse, pues, de comenzar su carrera con la actividad en vez de seguir el método clásico, largo, pero rico en enseñanzas. Reside en ello un gran peligro que ya he indicado anteriormente en varias ocasiones. Al recomendar estas medidas a los analistas que, expertos ya en su saber, pueden arriesgarse, me propongo hacer efectiva una parte de las “posibilidades futuras de la terapia psicoanalítica” sobre cuya esperanza se ha manifestado Freud. En manos de un principiante, la actividad podría conducir fácilmente a un retorno a los procedimientos prepsicoanalíticos de la sugestión y de las medidas autoritarias.

Se me ha objetado, no sin razón, que era preciso justificar una formación especial para practicar simultáneamente la actividad y el análisis en general. Pero no creo que esta dificultad sea insuperable. A condición de que el análisis didáctico tenga suficientemente en cuenta la actividad (tiene ocasión de hacerlo porque consiste esencialmente en un análisis del carácter, es decir, en un análisis del Ego), nuestros alumnos comprenderán mejor la actividad y la estimaran más correctamente, sin correr el riesgo de sobrestimarla.

Sin embargo, la franqueza me obliga a confesar que incluso la experiencia no basta para preservarse de error cuando se trata de la actividad. Debo comunicarles también las decepciones que he experimentado. En algunos casos me he equivocado claramente en mi apreciación de la oportunidad o del alcance de las medidas de “provocación”, teniendo que confesar mi error para conservar el paciente y debiendo soportar, tras esta pérdida de prestigio tan considerable, que creyera haber triunfado sobre mí. De hecho, incluso esta experiencia afectiva presentó algunas ventajas para el análisis, pero tuve que preguntarme si resultaba absolutamente necesaria y si no hubiera sido mejor evitarla. Estos casos me han permitido también comprender que el deseo de una mayor actividad por parte del paciente es solo una piadosa intención mientras no se llegue a precisar una indicación concreta. De momento no puedo dar más que una formulación negativa diciendo que no puede recurrirse a la actividad si no se está en posición de afirmar con alguna certeza que todos los medios existentes de la técnica no activa, o sea, más pasiva, ya han sido empleados, que las particularidades genéticas de los síntomas han sido suficientemente “prelaboradas” y que sólo falta el matiz de la vivencia actual para convencer al paciente. Habrá que esperar bastante tiempo antes de poder formular, de manera positiva y plausible, una indicación de actividad para cada tipo de neurosis.

He provocado a veces otro tipo de dificultades concibiendo de forma demasiado rígida determinadas órdenes y prohibiciones. Pero he terminado por convencerme de que estas consignas representan un peligro: conducen al médico a imponer su voluntad al paciente en una repetición efectivamente parecida a la situación padre-hijo, o a permitirse actitudes más bien sádicas propias de un maestro de escuela. Finalmente he renunciado a imponer o prohibir determinadas cosas a los pacientes y he tratado más bien de obtener su consenso intelectual para las medidas proyectadas, dejando a continuación que sean ellos mismos quienes las ejecuten. De este modo presento las medidas de forma que no me siento vinculado hasta el punto de no poder desaprobárselas provisionalmente o incluso de forma definitiva cuando surgen dificultades insuperables por parte del paciente. Nuestras consignas activas no deben ser por tanto, según la expresión de un colega al que he analizado, de una estricta intransigencia, sino de clara elasticidad. Si se actúa de otro modo, se empuja al paciente al abuso de estas medidas técnicas. Los pacientes, en particular los obsesivos, no desaprovecharán la ocasión de rumiar interminablemente las directrices dadas por el médico y de prolongar su realización mediante constantes escrúpulos, aunque sólo sea para molestar al médico. Sólo cuando el paciente ve que el médico no considera la observancia de tales medidas como una condición sine qua non, es decir, cuando no se siente bajo la amenaza de una obligación inexorable, acepta seguir las indicaciones del analista. Y si, a fin de cuentas, se trata de restablecer en el análisis de los objetos la posibilidad de manifestaciones afectivas y de actos que no sean ni compulsivos ni ambivalentes, puede decirse que el recurso a la imposición externa sería el más impropio de los que pueden adoptarse.

Pero la corrección más importante que debo señalar a una de las medidas activas prescritas, y ello basándome en la experiencia de los últimos años, concierne a la fijación de un término como sistema para precipitar el tratamiento. Ustedes saben que mi amigo Rank es el creador de esta proposición que he aceptado sin reservas debido a sus excelentes resultados y cuyo empleo he recomendado en un trabajo que hemos

redactado en común.⁴ Mi experiencia actual me obliga a restringir considerablemente esta generalización. Este artificio técnico reposaba sobre la hipótesis de que en todo análisis, tras una prelaboración suficiente de la resistencia y del pasado patógeno, había un estadio en el que se trataba tan sólo de desvincular al paciente de la cura del médico. Esto sigue siendo cierto, pero hoy considero excesiva nuestra segunda afirmación, a saber: que esta separación debe hacerse obligatoriamente a través de la vía traumática del preaviso. La fijación de un término, como hemos dicho, ha tenido éxito en algunos casos, pero en otros ha fracasado. Incluso el analista experimentado puede llegar a considerar prematuramente un determinado caso como maduro para el preaviso. En cuanto al debutante, que no tiene seguridad para juzgar correctamente la situación, es más fácil que intente adoptar medidas autoritarias inoportunas. Estoy pensando en un caso, una agorafobia grave, en la que me creí autorizado, al cabo de casi un año de trabajo analítico, a incitar al paciente a las medidas activas, es decir, a tentativas de salidas forzosas. Estas tuvieron éxito e hicieron avanzar al análisis que se había estancado desde hacía algún tiempo. Animado por los resultados, creí que había llegado el momento de la separación, considerando el material analítico, y fijé un término de seis semanas, al cabo del cual, ocurriera lo que ocurriera, pondríamos fin al tratamiento. Tras haber superado una fase negativa, todo parecía marchar de maravillas cuando en las últimas semanas se produjo un retorno inesperado de los síntomas, que yo intenté dominar manteniendo obstinadamente la fecha fijada para la separación. Pero me había equivocado claramente en mis cálculos, dicho de otro modo, había evaluado mal las posibilidades de aparición de que aún disponían los síntomas, y el día previsto para la separación todavía el paciente no había sanado. En consecuencia, debía reconocer el fracaso de mis predicciones y pasó un cierto tiempo antes de que pudiera disipar la impresión negativa que le causó este incidente, testimonio indudable de mi ignorancia. Pero este caso me permitió comprender no sólo que debía usar el preaviso con extraordinaria prudencia y a título excepcional, sino que también debía adoptarlo, al igual que las restantes medidas activas, únicamente de acuerdo con el paciente y manteniendo siempre la posibilidad de renunciar al mismo.

Mientras tanto, Rank había desarrollado puntos de vista que se apoyaban en las experiencias de fijación de términos realizadas por él, lo que le había conducido a completar la teoría de las neurosis. Según él, el traumatismo del nacimiento constituía el fundamento biológico de las neurosis en general, y pensaba que en el proceso de curación este traumatismo debía repetirse y regularse en las condiciones más favorables. En la medida en que esta teoría influye más o menos sobre su técnica, va más allá de lo que yo entiendo por actividad. Como he expuesto en otro sitio, la técnica activa debe partir en la medida de lo posible sin presupuestos limitándose a crear en el paciente las condiciones psíquicas que permitan hacer surgir con mayor facilidad el material de cuya existencia se sospecha. A pesar de la gran importancia que atribuyo a las fantasías de angustia del nacimiento, tan descuidadas antes de Rank, no puedo ver en tales fantasías más que uno de los recursos de la angustia de castración y de la angustia de parto, que son mucho más penosas; no veo por lo tanto ninguna razón para adaptar la actividad a esta teoría particular.

Debe excluirse de entrada el fijar un término al paciente que empuje al propio analista a respetarlo, lo mismo que también es peligroso comunicar anticipadamente al paciente, aunque sea de modo aproximado, la impresión sobre la posible duración del tratamiento; debe uno abstenerse no sólo porque la estimación puede quedar desmentida por las circunstancias (no podemos prever la existencia o la naturaleza de las dificultades que tenemos que combatir), sino también porque de este modo proporcionamos un arma peligrosa a la resistencia del paciente. Si el paciente sabe que hay un tiempo determinado durante el que debe preservarse para escapar a los momentos penosos del análisis y de este modo poder seguir enfermo, no dejará ciertamente que la ocasión se pierda; mientras que la perspectiva de un análisis de alguna forma interminable le convencerá tarde o temprano de que nuestra paciencia es mayor que la suya, lo cual le decidirá finalmente a abandonar sus últimas resistencias.

Aprovecho esta ocasión para indicar un contrasentido especialmente llamativo y que se halla bastante extendido sobre la actividad. Tanto Freud como yo hemos utilizado siempre el término “activo” únicamente para significar que el paciente debe a veces realizar otras tareas que la simple comunicación de lo que le

4.- “Perspectivas del psicoanálisis”, en este volumen.

viene a la mente; nunca se ha tratado de que la actividad del médico vaya más allá de la explicación y de la labor eventual de representar los intereses del paciente. El analista, pues, debe permanecer inactivo y únicamente el paciente puede ser animado a realizar determinadas acciones. Esto es también lo que distingue al analista activo del hipnotizador o del sugestionador; hay otra diferencia, aún más importante, y es que en la sugestión todo se reduce a dar y a realizar directrices; mientras que en el análisis este procedimiento sirve únicamente como ayuda para precipitar la aparición de un nuevo material cuya *interpretación* es la principal tarea del análisis. Estas precisiones significan un desmentido a todas las alusiones tendenciosas relativas a la desviación que implicaría mi técnica activa. Por otra parte, me parece un tanto excesivo decir que la actividad, en la medida en que es correctamente utilizada, no representa absolutamente nada nuevo. Al decir esto, se pretende ser más papista que el Papa; Freud, por su parte, indica que existe una diferencia de matiz entre quienes ponen el acento en el factor de repetición y quienes tratan eventualmente de provocar su aparición.

Quiero hablarles ahora brevemente de la forma en que los pacientes intentan llevar al absurdo la libertad de acción que se les ofrece. En general comienzan por preguntar si les está permitido realmente gritar fuerte durante la sesión de análisis, levantarse del diván para mirar al analista, deambular por la habitación, etc. No debe uno asustarse por estas amenazas; la actitud de condescendencia no sólo es inofensiva, sino que puede favorecer el descubrimiento de mociones infantiles rechazadas. A veces los pacientes reproducen las formas del deseo de exhibición propias de la primera infancia o se esfuerzan en vano por suscitar la reprobación del médico a sus claros deseos de onanismo o incontinencia. Con los psicóticos, puede estar uno seguro de que no se permitirán ningún acto peligroso ni para ellos ni para el médico.⁵ En general puede formularse el límite de la actividad permitida de la siguiente forma: se admiten todos los modos de expresión que no obliguen al médico a abandonar su papel de observador y de consejero benevolente. Conviene dejar insatisfechos los deseos que tiene el paciente de obtener signos de una contratransferencia positiva; en efecto, el análisis no tiene que procurar placer al paciente durante la cura mediante un tratamiento delicado y amistoso (para esto debe remitírsele a la vida real tras el análisis), sino que debe repetir las reacciones del paciente a la privación en condiciones más favorables de lo que fue posible en la infancia y corregir las perturbaciones del desarrollo cuya reconstrucción histórica pueda realizarse.

Al decir que la actividad es siempre asunto del paciente, no pretendo en absoluto reducir la importancia de lo que Rank y yo consideramos en nuestro trabajo común sobre las interpretaciones más sagaces del material analítico en el sentido de la situación analítica; por el contrario, repito, para mí y para mis análisis ha representado un progreso esencial el tomar, bajo el impulso de Rank, la relación del enfermo con el médico como base del material analítico y el concebir en primer lugar cada sueño, cada gesto, cada acto frustrado, cualquier deterioro o mejoría del estado del paciente como expresiones de la relación transferencial y de la resistencia. Alexander no puede objetarnos que transferencia y resistencia han constituido siempre los fundamentos del análisis. En efecto, todo analista debutante lo sabe perfectamente. Pero si es incapaz de observar la diferencia entre el método que proponemos y el dudoso en este sentido que hasta ahora se ha practicado, puede suponerse que, a pesar de todas sus habilidades, el sentido de los matices no será su fuerte o que en su modestia considerará superfluo comunicar la concepción adelantada por nosotros que parece haber conocido desde siempre. Añadamos que en cualquier caso la prioridad corresponde a Groddeck, que tenía la costumbre de preguntar cuando el estado de uno de sus enfermos se agravaba: “¿Qué tiene usted contra mí, qué le he hecho?”. Afirmaba que resolviendo este problema conseguía a menudo superar los agravamientos; además estos artificios analíticos le permitían profundizar un poco en la prehistoria del caso. Señalemos, por último, que la toma en consideración de la situación analítica sólo tiene una relación indirecta con la actividad y que la atención que puede dedicársele no representa actividad en el sentido que atribuyo a este término.

Para no cansarles más con los detalles metodológicos y para no darles la falsa impresión de que la técnica activa sólo tiene contraindicaciones, diré unas palabras -en la medida en que me lo permita el tiempo de que dispongo- de lo que quisiera llamar las prolongaciones de la actividad. En mi último trabajo, he

5.- Por lo demás, la psiquiatría ha subrayado muchas veces la utilidad del método de “descompresión con los psicóticos”.

hablado abundantemente de las tensiones musculares, sobre todo esfinterianas, de las que en algunos casos me he servido para aumentar la tensión. He sabido mas tarde que a veces resulta útil aconsejar *ejercicios de expansión* y que esta forma de relajación permite a menudo llegar con mayor rapidez al término de las tensiones psíquicas y de las resistencias a la asociación. Es inútil decirles que estos consejos solo son útiles al analista y que no tienen nada que ver con los ejercicios físicos de control propio y de relajación del yoga, más que en la medida en que gracias a ellos esperamos comprender mejor la psicología de sus adeptos.

Hace tiempo que llame la atención sobre la importancia de las *palabras obscenas* en el análisis.⁶ En una primera tentativa para aprehender psicoanalíticamente el tic compulsivo,⁷ tuve que aclarar parcialmente el extraño síntoma de la coprolalia. La actividad me ha dado ocasión de hacer un estudio detallado de las expresiones verbales emocionales de los enfermos, lo que me ha permitido constatar que no sólo cualquier tipo de tic es una expresión deformada de palabras o gestos obscenos, de injurias escatológicas y también de actos agresivos sádicos, sino que esta tendencia existe incluso en estado latente en todos los casos de tartamudez y en casi todos los obsesos, y que puede ser liberada del rechazo por la técnica activa. Se ha demostrado que toda una serie de casos de impotencia y de frigidez sólo pueden curar si se levanta la prohibición infantil de pronunciar palabras obscenas y esto incluso durante el propio acto sexual. Esta forma de inhibición tiene como aspecto positivo la compulsión a decir palabras obscenas para conseguir el orgasmo, compulsión que podría considerarse como un nuevo tipo de perversión si no estuviera extraordinariamente extendida.

No se discutirá que estas observaciones tienen no solo el poder de aumentar nuestra eficacia técnica sino también nuestro saber teórico. Precisamente a estos ligeros progresos del conocimiento debo la certeza de que la actividad merece posiblemente retener la atención en cuanto método de trabajo. Y quisiera demostrar esto mediante algunos ejemplos.

He explicado parcialmente una perturbación relativa de la potencia sexual en algunos pacientes por una hipersensibilidad poco común de la mucosa del glande. Estos pacientes, en general de forma inconciente, evitan desnudar su glande, liberarlo del envoltorio protector constituido por el prepucio; para ellos el mas mínimo contacto directo con una superficie rugosa significa la castración y va acompañado de extraordinarios sentimientos dolorosos y de la angustia correspondiente. Si se masturban nunca lo hacen directamente sobre el glande, si no tirando del prepucio y frotando los pliegues de la mucosa del prepucio unos contra otros o contra el glande. Uno de ellos tenia la costumbre en su infancia de obtener el placer sexual llenando de agua la cavidad del prepucio; otro paciente que, como los demás tenia también mucho miedo a las relaciones sexuales, sin duda a causa del inevitable frotamiento, se había fijado en sus fantasías en una criada que, advirtiéndole su sensibilidad, le había ayudado cuando era joven a conseguir el orgasmo limitándose a soplar sobre su glande en erección. En este tipo de caso, creo que he hecho avanzar al analisis al aconsejar al paciente que mantenga durante toda la jornada su prepucio retraído tras la corona del glande exponiéndole de este modo a frotamientos y contactos. Además de hacer progresar el analisis, creo que esta medida me ha servido para comprender mejor la importancia erótica del prepucio en general e incluso me ha llevado a formular la hipótesis de un *erotismo específico del prepucio* en la infancia, cuyo desarrollo parece acompañar al estado fálico propiamente dicho y puede constituir un síntoma de regresión para determinados síntomas neuróticos. Todo esto apoya también mi hipótesis puramente teórica sobre el carácter vaginal del prepucio⁸ (8); también puedo hacerme una idea mas clara del desplazamiento, postulado por Freud, del erotismo clitoridiano de la mujer hacia la vagina. La vagina es de algún modo un prepucio gigantesco que desempeña el papel erógeno del clítoris oculto; por analogía puedo referirme también a algunos juegos eróticos de los niños, que consisten en practicar una especie de coito en el prepucio de otro niño. He comunicado estos hechos a un etnólogo, el doctor Roheim, con la esperanza de que me permitan arrojar más luz sobre la significación psicología de algunos ritos puberales, en particular la circuncisión. La circuncisión me parece que posee un doble aspecto. Por una parte, como Freud ha indicado, es un medio para atemorizar, un símbolo del derecho de castración paternal; parece por otra parte constituir una especie de terapia activa

6.- "Las palabras obscenas", en el volumen I.

7.- "Consideraciones psicoanalíticas sobre los Tics", en este volumen.

8.- "Thalassa" en este volumen.

de los primitivos que se proponen, al triunfar sobre la angustia de castración y sobre la sensibilidad del glándula, endurecer el pene y al hombre o sea preparar a este para la actividad sexual. Si esto es así, el carácter de los individuos y de los pueblos circuncisos o incircuncisos tendrá un desarrollo diferente, lo que podría contribuir a explicar el problema judío y el antisemitismo. Desafortunadamente, debo comunicarles también la reflexión de un joven colega que había oído hablar vagamente de estas investigaciones: “ya se que es la técnica activa: consiste en retrotraerle el prepucio al paciente”.

Para terminar, diré algunas palabras sobre el efecto producido sobre la convicción por el hecho de la vivencia favorecida por la actividad. Los maníacos de la reflexión y otros escépticos incorregibles, para quienes las explicaciones psicoanalíticas podrían alcanzar cualquier grado de verosimilitud, pero nunca el de la certeza, tan importante para la curación, llegarían a esta certeza cuando fueran llevados, gracias a la técnica activa y a la explotación de la situación analítica, a amar a un ser humano -el analista- sinceramente, es decir sin ambivalencia. Este hecho es muy importante, tanto en el plano teórico como en el práctico. Implica en realidad que nunca puede llegarse a la “convicción” por el camino de la inteligencia, que es una función del Ego. El solipsismo constituye la última palabra, lógicamente irrefutable, de la pura intelectualidad del Ego sobre la relación con los demás sujetos; según esta teoría, nunca puede situarse en el mismo plano la realidad de los demás seres humanos y del mundo exterior y sus propias experiencias, y sólo puede considerarse a los demás como fantasmas más o menos animados, o también como proyecciones. Así, pues, cuando Freud ha atribuido al inconsciente la misma naturaleza psíquica que uno siente como cualidad de su propio yo, ha dado un paso en dirección al positivismo que, desde el punto de vista lógico, es verosímil, pero que no podría demostrarse. No dudo en asimilar esta identificación y las identificaciones que sabemos son la condición de las transferencias libidinosas. Finalmente lleva a una especie de personificación o de concepción animista del mundo circundante. Considerado desde el ángulo lógico-intelectual, todo esto es de naturaleza “trascendente”. Ahora bien, nos hemos visto inducidos a reemplazar este término de resonancia mística por expresiones como “transferencia” o “amor” y a afirmar que el conocimiento de una parte de la realidad, posiblemente la más importante, no puede convertirse en una convicción por vía intelectual, sino sólo en la medida en que es conforme a la vivencia afectiva. Me apresuro a añadir, para no permitir que triunfen durante más tiempo los adversarios del conocimiento y la ciencia, que el conocimiento de la importancia del elemento emocional es en sí mismo un conocimiento y que en consecuencia no debemos temer por el porvenir de la ciencia. Personalmente me siento convertido al positivismo freudiano y prefiero ver en ustedes, que están sentados frente a mí y me escuchan, no representaciones de mi yo, sino seres reales con los que me puedo identificar. Me siento incapaz de demostrárselo lógicamente y si a pesar de todo estoy convencido de ello, lo debo a un factor emocional, si ustedes quieren a la transferencia.

Todo esto parece no tener ninguna relación, como no sea muy lejana, con la “técnica activa”; sin embargo, la tendencia a la repetición, que se halla reforzada por la actividad, ha constituido para mí el medio de hacer progresar la práctica psicoanalítica y también su teoría. De este modo, tras haber intentado mostrarles honestamente el adverso de la actividad y sus contraindicaciones, me he sentido obligado a manifestarles también algunas de sus ventajas. A decir verdad, corro el riesgo, como me ha advertido mi amigo Eitingon, de ser comparado a Balaam, que vino a maldecir a los judíos y que acabó bendiciéndolos.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo III, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

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.