

## PERSPECTIVAS DEL PSICOANÁLISIS. (1924a). (Sobre la interdependencia de la teoría y la práctica)<sup>1</sup>.



**Sándor Ferenczi**

Como es sabido, el método psicoanalítico se ha desarrollado en una treintena de años. Siendo al principio una simple moda en el tratamiento médico-terapéutico de algunas perturbaciones neuróticas, se ha convertido en un vasto sistema científico que no cesa de extenderse progresivamente y parece conducir a una nueva concepción del mundo.

Si se pretendiera seguir al detalle el curso de esta evolución y estudiar cómo el método terapéutico y la técnica médica se han influenciado mutuamente, así como la interacción de su extensión científica, habría que escribir nada menos que una continuación a la Historia del movimiento psicoanalítico.<sup>2</sup>

Para emprender esta tarea que hoy todavía es imposible, habría que abordar necesariamente cuestiones que rebasan ampliamente el tema propiamente dicho del psicoanálisis e inciden sobre la relación entre los hechos elaborados por una ciencia y esta misma ciencia. Si esta labor es ya de por sí delicada por llevar directamente a las cuestiones fundamentales de nuestra metodología científica, se hace prácticamente imposible para el psicoanálisis que se halla todavía en pleno desarrollo. Y por nuestra parte nos resulta muy difícil llegar a una visión objetiva del estado en que se hallan estas relaciones al participar nosotros mismos en este proceso de manera directa, y por hallarnos en el corazón mismo de éste en cuanto representantes de ambos grupos, el grupo médico-terapéutico y el grupo teórico-científico.

De hecho, no puede negarse la aparición estos últimos años de una creciente desorientación entre los analistas, sobre todo en lo que concierne a los problemas técnicos planteados por la práctica. En contraste con el rápido desarrollo de la teoría psicoanalítica, la literatura ha descuidado singularmente<sup>3</sup> el factor técnico-terapéutico, que, sin embargo, ha constituido el núcleo primitivo del asunto y la directriz verdadera de cualquier progreso importante de la teoría. Podría sacarse la impresión de que la técnica no ha adelantado entretanto, tanto más cuanto que el propio Freud siempre ha dado pruebas, como se sabe, de una extrema reserva en este campo y ni siquiera ha publicado una sola obra de orden técnico desde hace diez años. Para los analistas que no han sufrido ellos mismos un análisis, sus raros artículos técnicos (reunidos en Samml. kl. Schr. z. Neurosenlehre, IV y siguientes) han constituido los únicos principios orientadores de su acción terapéutica; aunque estos artículos, incompletos y superados en algunos puntos por la evolución actual según opinión del mismo Freud, parece que deben ser modificados. También se explica que la mayoría de

---

1.- Los autores señalan en el prólogo de este libro que el capítulo II fue redactado por Rank y el III por Ferenczi. La señora Ferenczi cree por otra parte recordar que los capítulos I y V fueron igualmente escritos, en lo esencial, por su marido, y nosotros tenemos también la impresión de reconocer el estilo de Ferenczi en ambas partes. Las preguntas que hemos dirigido por escrito al doctor Rank no han obtenido respuesta. (Nota de los Bausteine 1938.

2.- Véase Freud, Historia del movimiento psicoanalítico..-

3.- La única excepción son las tentativas del autor tratando de establecer la necesidad de una intervención activa en la técnica. Pero la mayoría de los analistas han ignorado o malinterpretado estas tentativas, posiblemente porque en esta época el autor olvidó, al exponer esta nueva concepción, indicar al lector cómo podía inscribirse en la teoría y en la técnica actuales (véase sobre todo "Las prolongaciones de la técnica activa", en este volumen)..-

estos analistas, reducidos al estudio de la literatura, se hayan agarrado con excesiva rigidez a estas reglas técnicas y hayan sido incapaces de articularlas con los progresos conseguidos mientras tanto por la ciencia psicoanalítica.

Descontentos con esta situación, nos hemos visto obligados muchas veces a suspender nuestro trabajo para tomar conciencia de estas dificultades y de otros problemas. Hemos descubierto entonces que nuestro poder técnico había realizado entretanto progresos meritorios cuya comprensión y apreciación plena y consciente permitían ampliar bastante nuestro saber. Por último, nos ha parecido necesario, en el intento de clarificar la situación, el comunicar nuestra experiencia y hemos considerado el mejor método la exposición en primer lugar de la forma en que practicamos el psicoanálisis hoy y de lo que esto quiere decir actualmente para nosotros. Tras ello podremos comprender el porqué de las dificultades que surgen por doquier hoy día y esperamos que sea posible remediarlas.

Tomaremos como punto de partida el último artículo técnico de Freud, “Rememoración, repetición y reelaboración” (1914),<sup>4</sup> en el cual atribuye una importancia incomparable a los tres factores enumerados en el título; la rememoración es obtenida por el verdadero objetivo del trabajo analítico, mientras que el deseo de repetición en el lugar de la rememoración es considerado como un síntoma de resistencia que es preciso evitar. Desde el ángulo de la compulsión de repetición, es absolutamente inevitable que en la cura el paciente repita los fragmentos completos de su evolución y, como la experiencia lo ha demostrado, precisamente los fragmentos inaccesibles en forma de rememoración; de manera que el paciente no pueda hacer otra cosa que reproducirlos y el analista debe considerarlos como material inconsciente verdadero. Se trata solamente de comprender esta forma de comunicación, el lenguaje de los gestos por decirlo así (Ferenczi), y de explicárselo al paciente. Sin embargo, como Freud nos enseña, los síntomas neuróticos no son por sí mismos más que razonamientos reformados en los que el inconsciente se expresa en un estilo que al principio resulta incomprensible.

Estas consideraciones han hecho aparecer la necesidad práctica no sólo de no impedir las tendencias a la repetición en el análisis,<sup>5</sup> sino incluso de favorecerlas a condición de saber dominarlas, porque de otra forma el material más importante no puede ser ni liberado ni liquidado. Por otra parte, determinadas resistencias se oponen a menudo a la compulsión de repetición, sobre todo los sentimientos de angustia y de culpabilidad a los que no puede darse pie más que por una intervención activa, es decir, favoreciendo la repetición. Finalmente, el papel principal en la técnica analítica parece, pues, corresponder a la repetición y no a la rememoración. No se trata en absoluto de limitarse a dejar que los afectos se pierdan en una humareda de “vivencias”; esta repetición consiste, como más tarde detallaremos, en permitir primero estos afectos para liquidarlos luego progresivamente, o también en transformar los elementos repetidos en recuerdo actual.

Hay dos formas de formular y de concebir los progresos que hemos podido constatar al realizar el balance de nuestro saber. En el plan técnico, se trata indiscutiblemente de una tentativa de “actividad” en el sentido de una estimulación directa de la tendencia a la repetición en la cura, que hasta ahora ha sido descuidada e incluso considerada como un fenómeno secundario y perjudicial. Desde el punto de vista teórico, se trata de apreciar en su justo valor la importancia primordial de la compulsión de repetición, incluso en las neurosis, tal como Freud lo ha establecido.<sup>6</sup> Este último descubrimiento permite comprender mejor los resultados obtenidos por la “actividad” y justifica igualmente su necesidad en el plano teórico. Estamos dispuestos, en consecuencia, a seguir a Freud atribuyendo desde ahora a la compulsión de repetición en la cura el papel que le corresponde biológicamente en la vida psíquica.

### **III. RETROSPECTIVA HISTÓRICA CRÍTICA.-**

Tras haber expuesto brevemente lo que hay que entender por método analítico, estamos en disposición

---

4.- Véase La Técnica psicoanalítica.

5.- De otro modo se manifiesta en la realidad y bastante frecuentemente en detrimento del análisis; en particular en la vida amorosa (relaciones, matrimonios, divorcio, etc.) que, en el análisis, sucumbe generalmente a la frustración.

6.- Más allá del principio del placer.

de constatar retrospectivamente que una serie de técnicas defectuosas no corresponden de hecho más que al detenimiento en una cierta fase de la evolución del saber analítico. Se comprenderá sin dificultad la posibilidad e incluso la existencia de un estancamiento de este orden en todas las etapas del progreso analítico, y también que persista o se repita todavía hoy.

Vamos a tratar de mostrar respecto a ciertos puntos cómo hay que comprender todo esto; y se trata no sólo de aclarar la génesis del psicoanálisis sino también de permitir evitar en el futuro semejantes errores. Lo que va a seguir es de hecho la exposición de una serie de métodos técnicos erróneos, es decir, que no corresponden a la idea que actualmente se tiene del psicoanálisis.

Teniendo en cuenta la concepción clínico-fenomenológica utilizada en medicina, no es de extrañar que se llegue a menudo en la práctica médica a una forma de análisis descriptivo, verdadera contradicción in adjecto. Este tipo de análisis se limitaba por regla general a escuchar o a describir minuciosamente los síntomas o los impulsos perversos de los pacientes sin actuar fundamentalmente sobre el plano terapéutico, en la medida en que descuidaba el factor dinámico.

Otro tipo de análisis erróneo ha consistido en coleccionar las asociaciones, como si constituyeran lo esencial y no fueran simples burbujas que se remontaban a la conciencia, únicamente buenas para indicarnos en qué lugar o a qué profundidad se ocultaban las mociones afectivas operantes, y sobre todo qué motivos empujaban al paciente a recurrir en un caso determinado a tal modo de asociación en vez de a tal otro.

Más grave aún ha sido el fanatismo de la interpretación que conducía a desconocer la rigidez de las traducciones lexicales, a olvidar que la técnica de la interpretación es únicamente un medio para conocer el estado psíquico inconsciente del paciente y no el objeto principal del análisis. Conviene atribuir a esta traducción de las asociaciones el valor que se le da aproximadamente en el ámbito lingüístico, de donde ha sido extraída la comparación. La búsqueda de los términos desconocidos es el trabajo preparatorio indispensable para la comprensión del conjunto del texto; esto no es un fin en sí. A esta “traducción” debe suceder la “interpretación” propiamente dicha, en el sentido de un encadenamiento significativo. En esta perspectiva desaparecen las querellas tan frecuentes sobre lo ajustado de una interpretación, es decir, de la traducción. Preguntarse, como lo hacen algunos analistas, si tal “interpretación” (lo que quiere decir traducción en nuestra terminología) es justa, o aún lo que “significa” esto o aquello (por ejemplo, en un sueño) testimonia una mala comprensión del conjunto de la situación analítica y de esta sobreestimación de determinados detalles a la que hacemos alusión continuamente. Estos detalles pueden tener tal significación en un caso y tal otra en uno diferente. El mismo símbolo puede tomar o tener otra significación para el mismo paciente en una relación diferente, una situación diversa, bajo la presión o al término de resistencia. Hay muchas cosas en el análisis que dependen de pequeños detalles, de hechos aparentemente anodinos, como la entonación, los gestos o la mímica; muchas cosas dependen de una interpolación acertada, de un encadenamiento significativo, del sentido que toman las palabras del paciente a la luz de su comentario consciente con ayuda de nuestra interpretación. La técnica de la traducción ha olvidado en provecho de la traducción “justa” del detalle que el todo, es decir, la situación analítica del paciente en cuanto tal, posee también una significación e incluso la más importante; es siempre la comprensión del conjunto la que da la buena interpretación de detalle a las partes traducidas, en esta ocasión sin dificultades ningunas, mientras que el fanatismo de la traducción conduce a la sistematización y resulta estéril en el plano terapéutico.

Otra falta metodológica ha consistido en agarrarse a la fase superada del análisis de los síntomas. Como se sabe, el análisis ha pasado ya por una etapa en la que partía de los síntomas y despertaba bajo la presión de la sugestión los recuerdos que, actuando luego en el inconsciente, provocaban los síntomas. Este método ha sido superado hace tiempo por la evolución de la técnica psicoanalítica. No se trata en absoluto de hacer desaparecer los síntomas, lo que por otra parte cualquier otro método sugestivo puede conseguir sin dificultades, sino de impedir su retorno, es decir, de aumentar la capacidad de resistencia del Ego. Esto exige precisamente un análisis del conjunto de la personalidad. De manera que es preciso, según la prescripción de Freud, que el analista parta de la superficie física y no hay que unir los lazos asociativos con el síntoma. Evidentemente, era muy seductor y cómodo informarse de modo directo e interrogar al paciente sobre los detalles de su neurosis o de sus actos perversos llevándole de este modo a recordar directamente

la génesis de su anomalía.<sup>7</sup> Sólo una serie de experiencias convergentes pueden permitir comprender los “sentidos” múltiples que un síntoma es susceptible de tomar en tal caso preciso. Todo lo que se obtenía interrogando directamente al paciente, era centrar mal su atención sobre estos elementos, que al mismo tiempo le convertían en flanco de resistencia en la medida en que el paciente podía abusar de la orientación dada a su atención, que no era forzosamente injustificada de por sí. Podía uno “ser analizado” durante mucho tiempo sin mirar a la historia infantil arcaica cuya reconstrucción es necesaria para que pueda calificarse un tratamiento de verdadero análisis.

Hablaremos un poco más ampliamente de una fase del psicoanálisis a la que puede llamarse “análisis de los complejos” y que perpetúa una fase importante de las relaciones con la psicología escolástica. Ha sido Jung el primero en utilizar el término de “complejo” para resumir un estado psicológico complejo y para designar determinadas tendencias características de la persona o un grupo homogéneo de representaciones de coloración afectiva. Este término, cuya significación se había hecho cada vez más amplia y que en consecuencia no quería decir nada, fue restringido en su sentido por Freud, quien bajo el nombre de “complejo” ha circunscrito únicamente las partes inconscientes rechazadas de estos grupos de representaciones. Pero cuando más accesibles al estudio se hacían estos procesos de bloqueo, lábiles y fluctuantes, en lo psíquico, más superflua aparecía la hipótesis de los componentes psíquicos rigurosamente separados, homogéneos en sí, móviles y excitables solamente in toto, componentes psíquicos que, como lo mostrará un análisis más preciso, eran mucho más complejos para ser tratados como elementos no descomponibles. En los recientes trabajos de Freud, esta noción sólo figura a título de vestigio de una parte superada del psicoanálisis, y en realidad ya no hay sitio para ella en el sistema psicoanalítico, sobre todo tras la elaboración de la metapsicología.

Lo más lógico hubiera sido arrinconar en un cajón este vestigio de los tiempos antiguos, inútil ya, y abandonar la terminología asimilada por la mayor parte de los analistas en provecho de una mejor comprensión. En su lugar, se ha presentado a menudo el conjunto de la psiquis como una especie de mosaico de complejos y se ha practicado el análisis como si fuera necesario “analizar hasta el fin” un complejo tras otro. Del mismo modo, se ha intentado también tratar toda la personalidad como una suma de complejos paternal, maternal, fraternal, sororal, etc. En realidad era fácil reunir un material relativo a estos complejos, porque todo ser humano los posee y se ve obligado, de una forma u otra, a relacionarse con las personas y las cosas que le rodean. La enumeración sistemática de los complejos o de los indicios de complejo ha podido tener su lugar en la psicología descriptiva pero no en el tratamiento analítico del neurótico, y tampoco en las investigaciones analíticas sobre las producciones de la literatura o de la psicología de los pueblos, ámbito en el que debía conducir infaliblemente a una monotonía totalmente injustificada por la diversidad del sujeto, monotonía apenas atenuada por la predilección atribuida tanto a un complejo como a otro.

Aunque una presentación científica tan llana pareciera a veces inevitable, no había sin embargo motivo para introducir estas mezquinas ideas en la técnica. El análisis de los complejos conducía fácilmente al paciente a resultar agradable al analista sirviéndole a voluntad el “material complexual”, pero guardándose muy bien de revelarle sus verdaderos secretos inconscientes. Así se llegaba a informes clínicos en los que los pacientes contaban recuerdos redondeando sus narraciones, cosa a la que nunca se llega en los análisis sin presupuesto, y en la que no es difícil ver el fruto de esta “cultura del complejo”. Resultados de este tipo iban a ser utilizados naturalmente tanto de forma subjetiva para justificar su propia técnica e interpretación, como de otra manera para servir a conclusiones y demostraciones teóricas.<sup>8</sup>

---

7.- El rechazo de principio del análisis de los síntomas no excluye evidentemente la posibilidad de interrogar eventualmente al paciente sobre las razones que tiene para atribuir prioridad a esa forma de síntomas (por ejemplo, a los síntomas “pasajeros”).

8.- Un ejemplo extremo del carácter subjetivo de esta predilección por el complejo: Stekel, que atribuye el mismo síntoma neurótico primero a la sexualidad, luego a la criminalidad y por último a la religiosidad. Por supuesto, que un cierto número de sus alegaciones son válidas porque cubren todas las posibilidades.

Sucedía muy a menudo que las asociaciones del paciente estaban mal orientadas y centradas intencionadamente sobre lo sexual cuando acudía al análisis, caso frecuente, con la idea de que debía hablar única y exclusivamente de su vida sexual actual o infantil. Además de que el análisis no se refiere de forma tan exclusiva a la sexualidad como suponen nuestros adversarios, se ofrece a menudo al paciente, al permitirle entregarse a estos desbordamientos sexuales, la posibilidad de neutralizar los efectos terapéuticos de la frustración que se le imponen en el tratamiento.

Introduciendo la teoría de los complejos en la dinámica del análisis, no se ha favorecido de forma especial la comprensión de estos contenidos psíquicos importantes y polimorfos que se ocultan bajo el término genérico de complejo de castración. Por el contrario, el reagrupamiento teórico prematuro de hechos bajo el concepto de complejo ha impedido más bien, según creo, penetrar el sentido de las capas psíquicas más profundas. Pensamos también que todavía no se ha definido acertadamente lo que el analista tiene costumbre de regular con la etiqueta de “complejo de castración”, y en consecuencia sería mejor no dar a la ligera esta explicación provisional como ultima ratio de estados y procesos psíquicos tan diversos y numerosos. Desde el punto de vista dinámico, el único justificado de la práctica, resulta a menudo difícil ver otra cosa en los modos de expresión del complejo de castración, tal como se manifiestan durante un análisis, que una de las formas de resistencia que el paciente elabora contra mociones libidinosas más profundas. Al comienzo de determinados análisis, la angustia de castración parece servir como medio de expresión de la angustia transferida sobre el analista con la intención de protegerse de un análisis más profundo.

Como ya hemos indicado, las dificultades técnicas han surgido de un excesivo saber del analista. De este modo, la importancia de la teoría del desarrollo sexual elaborada por Freud ha conducido a muchos analistas a utilizar determinados autoerotismos y sistemas de organización de la sexualidad, que nos permitían al principio comprender el desarrollo sexual normal, de manera errónea y excesivamente dogmática en el tratamiento de las neurosis. La verdadera tarea analítica ha sido descuidada en algunos casos en provecho de la búsqueda de los elementos constitutivos de la teoría sexual. Estos análisis eran en cierto modo “análisis elementales” psicoquímicos. Se ha constatado una vez más que el interés teórico no coincidía siempre con el interés práctico en el análisis. La técnica no trata de separar escolarmente todas las fases -por así decir prescritas- del desarrollo libidinoso y menos aún de convertir el descubrimiento de todos los detalles y jerarquías constatados teóricamente en un principio del tratamiento de las neurosis. Es también superfluo en la práctica descubrir todos los elementos fundamentales de una “estructura altamente compleja”, conocidos en principio por adelantado, mientras no se tenga ninguna idea del vínculo psíquico que une un pequeño número de elementos fundamentales con fenómenos siempre nuevos y diferentes. Esto mismo vale para los erotismos (por ejemplo, uretral, anal, etcétera), para los estadios de organización de la sexualidad (oral, sádico-anal y otras fases pregenitales) y para los complejos: ningún desarrollo humano se realiza sin ellos, pero cuando se trata del análisis no se les puede dar la importancia en la evolución de la enfermedad que la resistencia parece atribuirles bajo la presión de la situación analítica.

Considerado todo ello, podía constatarse la existencia de una cierta relación interna entre los “análisis elementales” y los “análisis de complejo”; estos últimos incidían sobre el campo de los “complejos” esforzándose en captar las profundidades psíquicas y su trabajo iba ampliándose en lugar de profundizar. Trataban igualmente de paliar la falta de profundidad de la dinámica libidinoso por un salto en la teoría sexual y relacionaban los índices complexuales fijos a elementos fundamentales de la teoría sexual a los que trataban por otra parte de forma demasiado esquemática, pero desconocían el juego de fuerzas intermedio de las tendencias libidinosas.

Esta actitud iba a conducir a una sobreestimación teórica del factor cuantitativo que consistía en atribuir la responsabilidad de todos los elementos patógenos a un erotismo de órgano particularmente poderoso, concepción que, recurriendo a “slogans” como “la herencia”, “la degeneración” o la “predisposición” a la manera de las escuelas neurológicas preanalíticas, cerraba el camino a una comprensión del juego de fuerzas de las causas patógenas.

Después de que la teoría de los impulsos y con ella los conocimientos biológicos y fisiológicos han contribuido a explicar provisionalmente los procesos psíquicos, sobre todo después de que el psicoanálisis se ha interesado en las “patoneurosis”, en las neurosis de órgano e incluso en las enfermedades orgánicas,



han surgido disputas entre el psicoanálisis y la fisiología. No podría admitirse la traducción estereotipada de los procesos fisiológicos en lenguaje psicoanalítico. En la medida en que se intenta un acercamiento psicoanalítico de los procesos orgánicos, se trata también aquí de respetar estrictamente las reglas del psicoanálisis. Hay que esforzarse por olvidar el factor médico, fisiológico y orgánico, para considerar únicamente la personalidad psíquica y sus reacciones.

Resultaba además desconcertante ver simples datos clínicos unidos enseguida a especulaciones sobre el porvenir, el ser y la nada, y éstas introducidas en la práctica analítica a título de reglas definitivas, mientras que el propio Freud no ha dejado de indicar su carácter hipotético en sus últimos trabajos de síntesis. Esta, propensión a la especulación parece que no fue sino un medio de esquivar dificultades técnicas penosas. Conocemos las tristes consecuencias desde el punto de vista técnico que puede suponer un deseo de agruparlo todo bajo un principio especulativo (teoría de Jung).<sup>9</sup>

Era también incorrecto olvidar el factor individual y recurrir inmediatamente a analogías filogenéticas y culturales, por instructivas que fuesen, para explicar los síntomas. Por otra parte, la superestimación del factor actual ha supuesto una interpretación prospectiva anagógica que se ha mostrado estéril frente a las fijaciones patológicas. Los “anagogos” y muchos “genetistas” han descuidado el presente del paciente, además de su pasado y su futuro; y sin embargo todo el pasado y todo aquello a que el sujeto aspira inconscientemente, en la medida en que no es directamente consciente o no se acuerda de ello (lo contrario es extraordinariamente raro), se expresa en las reacciones actuales en relación con el médico o respecto al análisis, dicho de otro modo, en la transferencia sobre la situación analítica.

La catarsis según Breuer y Freud tenía como pretensión teórica el atribuir directamente las cualidades y afectos desplazados sobre manifestaciones sintomáticas a rasgos mnésicos patógenos para reunir de este modo su descarga y conjuntarlos en un núcleo nuevo. Esto se ha demostrado irrealizable salvo en lo que concierne al material mnésico rechazado, generalmente preconsciente, así como ciertos retoños del inconsciente propiamente dicho. Este inconsciente mismo, cuyo descubrimiento es la principal tarea del psicoanálisis, no puede ser “rememorado” -porque nunca ha sido “resentido”- y determinados signos obligan a dejarlos reproducirse. La simple comunicación, por ejemplo, una “reconstrucción”, no tiene capacidad por sí sola para producir reacciones afectivas; inicialmente carece de efecto sobre los pacientes. Hay que esperar a que éstos vivan algo análogo actualmente, en la situación analítica, es decir, en el presente, para llegar a convencerse de la realidad del inconsciente, e incluso son necesarias muchas experiencias de este tipo. Nuestra reciente comprensión del tópico del psiquismo y de las funciones de las diversas capas permite explicar esta actitud. Lo rechazado o el inconsciente no tiene acceso a la motilidad ni a estas inervaciones motrices cuya suma configura la descarga de afectos; el pasado y lo rechazado se hallan, pues, obligados a hallar un representante en el presente y en el consciente (preconsciente) o sea, en la situación psíquica actual, para poder ser contrastados afectivamente. Al contrario que las reacciones catárticas violentas, puede definirse la descarga de los afectos que se produce progresivamente en la situación analítica como una catarsis fraccionada.

Pensamos por lo demás que, para que los afectos resulten eficientes, deben primero ser reavivados, es decir, actualizados. En efecto, lo que no nos afecta directamente en el presente, es decir, realmente, suele quedar sin efecto psíquico.

Es preciso que el analista tenga siempre en cuenta la pluritemporalidad que afecta prácticamente a todas las manifestaciones del paciente, pero dirigirá su atención especialmente sobre la reacción presente. Desde este punto de vista puede conseguir primero descubrir las raíces de la reacción actual en el pasado del paciente, lo que contribuye a transformar la tendencia a la repetición en rememoración. El porvenir no le preocupa demasiado. Puede dejar este cuidado a quien ha sido suficientemente esclarecido sobre sus tendencias psíquicas presentes y pasadas. En cuanto a las analogías extraídas de la filogénesis y de la

---

9.- Como se sabe, Jung ha llegado a menospreciar la importancia mnésica de las vivencias infantiles descubiertas en el análisis y de los personajes que desempeñan un papel activo en estos sucesos, en provecho de un análisis de “grado subjetivo”. Se adivina una huída de la realidad poco común en esta voluntad de atribuir realidad y eficacia a los únicos retoños de los recuerdos originarios de cosas o de personas, por otra parte idealizados o incluso oscurecidos con nociones impersonales.

historia de la civilización, no se hablará prácticamente nunca de ellas en el análisis. De ese lejano pasado casi nunca se ocupará el paciente como tampoco el médico.

Debemos ahora considerar algunos malentendidos sobre las explicaciones que hay que dar al analizado. En una determinada etapa del desarrollo del psicoanálisis, se pensaba que el tratamiento analítico tenía como fin colmar mediante el saber algunas lagunas en los recuerdos del paciente. Luego se supo que la ignorancia neurótica provenía de la resistencia, es decir, de la voluntad de no saber, y era esta resistencia la que convenía desenmascarar y neutralizar rápidamente. Si se procede de este modo, las amnesias actuales en la cadena mnésica del paciente quedan colmadas en su mayor parte de forma automática y sin que sea preciso dar muchas interpretaciones y explicaciones. El paciente no aprende, pues, nada más y nada diferente de aquello que necesita para liquidar sus principales problemas. Era un funesto error el creer que uno podía ser perfectamente analizado sin estar iniciado en el plan teórico de todos los detalles y particularidades de su anomalía. Ciertamente no es fácil determinar hasta dónde hay que llevar la instrucción del paciente. Las interrupciones del curso normal del análisis por series de explicaciones formales pueden satisfacer al médico y al paciente, pero sin cambiar nada en la actitud libidinosa de este último. Este procedimiento conseguía empujar insensiblemente al paciente a que escapara al trabajo analítico propiamente dicho, gracias a la identificación con el analista. Es bien sabido y convendría tenerlo en cuenta que el deseo de enseñar y el de aprender crean una actitud psíquica poco favorable al análisis.<sup>10</sup>

Se oye a menudo a los analistas lamentarse de que un determinado análisis ha fracasado debido a “resistencias demasiado fuertes” o una “transferencia demasiado intensa”. Hay que admitir por principio la posibilidad de estos casos extremos; a veces topamos efectivamente con factores cuantitativos a los que no podemos subestimar sobre el plano práctico porque desempeñan un papel decisivo tanto en la terminación del análisis como en las causas que lo han motivado. Pero el factor cuantitativo, en sí tan importante, puede servir de cobertura a una comprensión insuficiente del juego de las motivaciones, el cual decide finalmente sobre la repartición y el modo de utilización de estas cantidades. No porque Freud haya dicho un día: “Todo lo que perturba el trabajo analítico es una resistencia”, puede afirmarse que desde que se encuentra un obstáculo en el análisis se trate de una resistencia. Esta concepción crearía, sobre todo por los pacientes afectados por un sentimiento de culpabilidad intenso, una atmósfera analítica en la que el enfermo temería dar el paso en falso de una “resistencia”, mientras que el analista se hallaría sin recursos ante esta situación. Se olvidaba claramente otra afirmación de Freud, a saber que es preciso esperar encontrar en forma de “resistencia” las mismas fuerzas que en su tiempo han producido el rechazo, y precisamente desde el momento en que intentamos deshacer tales rechazos.

Otra situación analítica que solemos alinear igualmente bajo la etiqueta de “resistencia”, es la transferencia negativa. Ahora bien, esta última no puede manifestar su naturaleza más que en forma de una “resistencia” y su análisis es la principal labor de la acción terapéutica. No pueden temerse las reacciones negativas del paciente porque pertenecen al fondo de reserva de cualquier análisis. Por otra parte, la transferencia positiva violenta, sobre todo al inicio de un análisis, no es a menudo más que un síntoma de resistencia que pide ser desenmascarado. En otros casos, sobre todo en las etapas más tardías del análisis, sirve de vehículo a la manifestación de tendencias aún inconscientes.

Hay que mencionar a este respecto una regla importante de la técnica psicoanalítica: la regla que concierne a las relaciones personales entre médico y enfermo. Al exigir, por principio, abstenerse de cualquier contacto personal fuera del análisis, se ha llegado en general a una exclusión bastante artificial de toda humanidad en el marco mismo del análisis y por ello a teorizar una vez más el sentimiento analítico.

A consecuencia de esta actitud, muchos analistas se han inclinado excesivamente a no conceder al cambio de la personalidad del analista la importancia que le corresponde según la concepción del análisis, proceso psíquico cuya unidad está condicionada por la persona del analista. Hay muchos casos excepcionales en los que un cambio de analista no puede evitarse por razones externas, pero creemos que no basta con elegir un

---

10.- Esto vale también para quienes emprenden un análisis con el solo objetivo de aprender (lo que se llama el análisis didáctico). Es muy fácil para la resistencia desplazarse a la esfera intelectual (ciencia) y quedar de este modo sin explicación.

analista del otro sexo (por ejemplo, en el caso de los homosexuales) para evitar las dificultades técnicas. En cualquier análisis normal, el analista desempeña todos los papeles posibles, sin excepción, para el inconsciente del paciente; sólo le corresponde a él el reconocer este papel cada vez en su momento oportuno y servirse conscientemente del mismo según las circunstancias. En particular cuando se trata del papel de las dos imágenes parentales (padre y madre), el analista pasa constantemente de una a otra (transferencia y resistencia).

No es un azar el que los errores técnicos se produzcan precisamente a propósito de las manifestaciones de transferencia y de resistencia. Se ha dejado fácilmente sorprender por estos sentimientos elementales en el análisis y, cosa notable, se ha olvidado precisamente en este caso la teoría que habían colocado en primer plano a la fuerza. Es posible que se deba a un factor subjetivo en el médico. El narcisismo del analista parece apropiado para crear una fuente de errores particularmente abundante en la medida en que suscita a veces una especie de contra-transferencia narcisista que lleva a los analizados a poner en relieve las cosas que envanece al médico y, por otra parte, a reprimir las observaciones y asociaciones favorables que le afectan. Estas dos actitudes son técnicamente erróneas. La primera, porque puede producir en el paciente mejorías cuyo único efecto es seducir al analista y ganar su simpatía libidinosa, la segunda, porque desvía al analista de una tarea técnica, la que consiste en descubrir los signos de crítica débiles ya y en general tímidos, y que además impiden también conducir al paciente a que se exprese y reaccione abiertamente. La angustia y el sentimiento de culpabilidad del paciente no pueden nunca ser superados en esta autocrítica del analista -que por otra parte exige bastante esfuerzo- y sin embargo estos dos factores afectivos son esenciales para el surgimiento o el mantenimiento del rechazo.

En cuanto a otra fórmula que sirviera para disimular la insuficiencia técnica, algunos analistas la han hallado en una declaración de Freud según la cual el narcisismo del paciente constituía sin duda un límite a la influencia del analista. Cuando el análisis no iba demasiado bien, se consolaban diciendo que el paciente era “demasiado narcisista”. Y como el narcisismo forma parte más o menos de cualquier proceso psíquico en cuanto une las aspiraciones del Ego y las de la libido, no era muy difícil hallar en los hechos y gestos del paciente pruebas de su “narcisismo”. Sin embargo, “el complejo de castración” o el “complejo de virilidad”, condicionados por el narcisismo, no pueden ser tratados como si señalaran el límite del análisis o como si no se pudieran descomponer.<sup>11</sup>

Cuando el análisis sufría por la resistencia del paciente, no siempre se daban cuenta de que sólo se trataba a menudo de tendencias pseudo-narcisistas. En particular, debe uno convencerse, considerando los análisis de sujetos que acuden con una cierta formación teórica, de que una parte de lo que la teoría nos incita a atribuir al narcisismo es en realidad secundario, pseudo narcisista, y a medida que el análisis progresa se deja enteramente descomponer en la relación con los padres. Esto necesita por cierto una incursión analítica en el desarrollo del Ego del paciente, lo mismo por otra parte que cualquier análisis de las resistencias exige el análisis del Ego, demasiado olvidado hasta hoy y sobre el cual Freud nos ha dado últimamente preciosas indicaciones.

La novedad de una concepción técnica, recientemente introducida bajo el nombre de “actividad” (Ferenczi), ha conducido ciertamente, inclinados como estábamos a esquivar las dificultades técnicas, a hostigar al paciente con órdenes y prohibiciones brutales, lo que podría denominarse “actividad salvaje”. Es preciso sin duda ver en ellos una reacción por el otro extremo, que consistía en mantener estrictamente una “pasividad” en la técnica, mucho más “rígida”. Esta actitud resulta más o menos justificada por la posición teórica del analista, que debe ser al mismo tiempo un investigador. Pero ello conduce fácilmente en la práctica a querer ahorrar al paciente el dolor de intervenciones necesarias y abandonarle en exceso la dirección de sus asociaciones y la interpretación de sus ideas.<sup>12</sup>

---

11.- Ya se sabe que Adler, manifiestamente incapaz de llevar más adelante el análisis de la libido, se ha detenido aquí.

12.- Algunos pacientes de tendencia fuertemente “masoquista” explotan hábilmente esta “técnica pasiva” para hacer ellos mismos interpretaciones a “nivel subjetivo”, gracias a lo cual pueden satisfacer a la vez sus tendencias a torturarse y oponer una increíble resistencia a la interpretación profunda. Del mismo modo, puede obtenerse a voluntad interpretaciones “anagógicas” de los sueños dejando al paciente poco instruido en el análisis interpretar por sí mismo los elementos del sueño sin descubrir la dinámica de la resistencia supercompensada por la moral.



La actividad moderada, pero enérgica si es preciso, que exige el análisis reside en el hecho de que el médico acepta en cierta medida realizar el papel que le es prescrito por el inconsciente del paciente y su tendencia a la huida. Se favorece así la tendencia a repetir experiencias traumáticas precoces, en general levemente inhibidas, con la intención última de vencer definitivamente esta tendencia a la repetición desvelando su contenido. Cuando esta repetición surge espontáneamente, resulta superfluo provocarla y el médico no tiene más que hacer que dejar transformar la repetición en rememoración (o en reconstrucción aprovechable).

Estas últimas observaciones puramente técnicas nos conducen al tema, aludido ya antes, de la interacción entre teoría y práctica, tema al que podemos consagrar ahora algunas observaciones metodológicas generales.

## **V. RESULTADOS.-**

Los comienzos del psicoanálisis tuvieron un carácter puramente práctico. Pero rápidamente vieron nacer como productos secundarios de la acción terapéutica sobre los neuróticos, concepciones científicas, relativas a la estructura y la función del aparato psíquico, su ontogénesis y su filogénesis y, para terminar, sus fundamentos biológicos (Teoría de los impulsos).

Estos conocimientos han repercutido beneficiosamente sobre la práctica analítica y la consecuencia principal ha sido el descubrimiento del complejo de Edipo como complejo nodal de las neurosis, y de la importancia de la repetición de la relación edipiana en la situación analítica (transferencia).

Sin embargo, lo esencial de la intervención analítica propiamente dicha no consiste ni en la constatación de un “complejo de Edipo” ni en la simple repetición de la relación edipiana respecto al analista, sino más bien en la disolución o el desarraigo de la libido infantil de su fijación a los primeros objetos. De este modo, la terapia psicoanalítica tal como la concebimos hoy se ha convertido en un método cuyo objetivo es hacer vivir plenamente la relación edipiana en la relación del paciente con el médico, a fin de que el conocimiento adquirido le permita llegar a una solución nueva y mejor. Esta relación se establece de por sí en las condiciones del análisis; al análisis le corresponde la tarea de descubrirla bajo signos ligeros y de conducir al paciente a reproducirla plenamente en la vivencia analítica; a veces se imponen medidas apropiadas para conseguir que estos rasgos se afirmen (actividad).

En cuanto a los conocimientos sobre el desarrollo psíquico normal (teoría de los sueños, de la sexualidad, etc.), importantes en el plano teórico e indispensables de por sí, sólo hay que servirse de ellos en la práctica en la medida en que pueden permitir o facilitar la reproducción de la relación edipiana que trata de alcanzar en la situación analítica. Perderse en los detalles de la historia individual sin rehacer constantemente la situación en lo que concierne a esta relación, resulta erróneo y estéril en la práctica, y por lo que se refiere al plan teórico esta técnica está lejos de proporcionar los sólidos resultados que se consiguen mediante la práctica tal como acabamos de exponer.

La importancia científica de un desarrollo correcto de la técnica ha sido descuidada hasta el presente y es ya tiempo de estimarla en su justo valor. Los resultados teóricos no deben repercutir sobre la técnica de forma tan mecánica como lo han hecho hasta ahora; y además es preciso realizar una corrección constante de la teoría mediante los nuevos conocimientos aportados por la práctica.

Como parte esencial de la práctica, el psicoanálisis ha llegado a una fase de conocimiento bajo la influencia de los primeros descubrimientos sorprendentes. El conocimiento de todos los mecanismos psíquicos ha aumentado rápidamente y los resultados terapéuticos tan llamativos del comienzo se han hecho insatisfactorios; habría que pensar, pues, en compaginar de nuevo el saber recientemente adquirido y el poder terapéutico, al haber superado con mucho el primero al segundo.

Nuestras propias exposiciones esbozan en este sentido el comienzo de una fase a la que podríamos llamar, por contraste con la precedente, la fase de lo experimentado. Mientras que antes uno se esforzaba en obtener efectos terapéuticos de la reacción del paciente a las explicaciones dadas, a partir de ahora pretendemos poner el saber adquirido por el psicoanálisis totalmente al servicio del tratamiento provocando directamente, en función de nuestro saber, las experiencias vividas (Erlebnisse) adecuadas y limitándonos a explicar al paciente solamente esta experiencia, que por supuesto le resulta directamente perceptible.

Este saber que nos dispone a situar y a dosificar correctamente nuestras intervenciones reside esencialmente en la convicción sobre la importancia universal de algunas experiencias precoces fundamentales (por ejemplo, el complejo de Edipo) cuyo efecto traumático es reanimado en el análisis (a la manera de los “tratamientos reactivantes” en medicina) y, bajo la influencia de la experiencia por primera vez conscientemente experimentada en la situación analítica, es capaz de descargarse de forma más apropiada.

Esta terapéutica se aproxima en cierto modo a una técnica pedagógica, pues la propia educación -aunque no sea más que por la relación afectiva con el educador- se apoya mucho más sobre el sentimiento que sobre la explicación. También allí, como en medicina, vemos repetirse el inmenso progreso que representa el paso de una intervención puramente intuitiva y, además, a menudo desafortunada, a la introducción deliberada de la vivencia analítica apoyada por la comprensión.

**(Sandor 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](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**