

ELASTICIDAD DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA¹ (1928c). (Progresos en el conocimiento del sentido de realidad).



Sándor Ferenczi

Los esfuerzos por hacer accesible a otros la técnica que utilizo habitualmente en mis psicoanálisis me han llevado a menudo al tema de la comprensión psicológica en general. Posiblemente es cierto, como afirman tantos, que la comprensión de los procesos que se desarrollan en la vida psíquica de otro depende de una actitud particular que se llama conocimiento de los hombres, actitud que sería inexplicable en cuanto tal, y por ello intransmisible: de este modo cualquier esfuerzo para enseñar a los demás algo de esta técnica estaría condenado al fracaso. Afortunadamente no hay nada de esto. Desde que Freud ha publicado sus “Consejos sobre la Técnica Psicoanalítica”, poseemos los primeros elementos de una investigación metódica sobre el psiquismo. Quienes no temen seguir las instrucciones del Maestro estarán en disposición, aunque no sean genios de la psicología, de acceder a las insospechadas profundidades de la vida psíquica de los demás, sean sanos o enfermos. El análisis de los actos frustrados de la vida diaria de los sueños, y sobre todo de las asociaciones libres, les situará en disposición de aprender de sus semejantes muchas cosas que anteriormente sólo eran capaces de captar algunos seres excepcionales. La predilección de los hombres por lo maravilloso les proporcionará la ocasión de seguir con cierto desagrado esta transformación del arte del conocimiento humano en una especie de oficio. Los artistas y los escritores en particular, parecen ver en ello una especie de intrusión en su campo de trabajo y, tras haberse interesado por el psicoanálisis, acostumbran ahora a desestimarlos como un método de trabajo mecánico y poco seductor. Esta antipatía apenas nos sorprende; la ciencia es, en efecto, una desilusión progresiva: en lugar de lo místico y singular, coloca de continuo y por doquier esa legalidad inamovible que, debido a su uniformidad, provoca fácilmente el aburrimiento y, debido a su trayectoria coercitiva, el desagrado. Para calmar los ánimos un poco hemos de añadir que, tanto aquí como en cualquier otro oficio, habrá siempre artistas excepcionales de quienes esperamos el hallazgo de progresos y de nuevas perspectivas.

Desde el punto de vista práctico hemos de considerar un progreso que el análisis haya puesto en manos del médico y del sabio medianamente dotado un útil de exploración matizado de humanidad. Ocurre como en cirugía: antes de descubrirse la anestesia y la asepsia, sólo unos pocos tenían el privilegio de ejercer el “arte de curar” quirúrgico y podían trabajar “cito, tuto, et jucunde”.² Por supuesto que hoy día hay aún artistas de la técnica quirúrgica, pero el progreso ha permitido a millares de médicos normales desarrollar su actividad útil y salvar de este modo muchas vidas.

Se ha hablado también de técnica psicológica al margen del análisis del psiquismo; se entendía por esto los métodos de medida de los laboratorios psicológicos. Esta especie de “psicotécnica” está hoy de moda todavía y puede incluso bastar para determinadas labores prácticas. En el análisis se trata de algo más importante: hay que captar la tónica, la dinámica, y la economía del funcionamiento psíquico sin el impresionante entramado de los laboratorios, pero con una pretensión de certidumbre siempre creciente y,

1.- Conferencia pronunciada en la Sociedad Húngara de Psicoanálisis (ciclo 1927-1928).

2.- “Rápidamente, con seguridad y alegría”.

sobre todo, con una capacidad de rendimiento incomparablemente superior.

Siempre hubo, y todavía las hay, en el interior de la técnica psicoanalítica, muchas cosas que daban la impresión de ser algo individual, difícilmente definible con palabras; en principio el hecho de que, en este trabajo, la importancia que se daba a la “ecuación personal” fuera mayor de la que debíamos aceptar en el mundo científico. El propio Freud, en sus primeras comunicaciones sobre la técnica, dejaba el campo libre a otros métodos de trabajo en psicoanálisis, al lado del suyo. Es cierto que esta declaración proviene de la época anterior a que cristalizara la segunda *regla fundamental del psicoanálisis* a saber que *quien desee analizar a los demás debe primero ser él mismo analizado*. Tras la adopción de esta regla, la importancia del dato personal del analista se desvaneció poco a poco. Cualquier persona que haya sido analizada a fondo, que haya aprendido a conocer completamente y a dominar sus inevitables debilidades y particularidades de carácter, llegará necesariamente a las mismas constataciones objetivas, en el transcurso del examen y del tratamiento del mismo objeto de investigación psíquica y, en consecuencia, adoptará las mismas medidas tácticas y técnicas. En realidad tengo el sentimiento de que, tras la introducción de la segunda regla fundamental, las diferencias de técnica analítica están en trance de desaparecer.

Si tratamos ahora de dar cuenta de ese residuo aún no resuelto de la ecuación personal, y si nos es posible observar a suficientes alumnos y pacientes ya analizados por otros, y si en especial puede uno enfrentarse, como a mí me ocurre, con las consecuencias de los propios errores anteriormente cometidos, se halla uno en disposición de emitir un juicio de conjunto sobre la mayor parte de tales diferencias y errores. Estoy convencido de que se trata ante todo de una cuestión de *tacto* psicológico, de saber cuándo y cómo se comunica algo al analizado, cuándo puede estimarse que el material proporcionado es suficiente para sacar conclusiones, en qué forma debe ser presentada la comunicación, cómo puede responderse a una reacción inesperada o desconcertante del paciente, cuándo debe uno callarse y esperar otras asociaciones, y en qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente. Como pueden ver, con la palabra “tacto” sólo consigo expresar la indeterminación en una fórmula simple y agradable. ¿Pero qué es el tacto? La respuesta a esta pregunta no es difícil. *El tacto es la facultad de “sentir con”*.³ Si conseguimos, *ayudados de nuestro conocimiento*, formado por la disección de numerosos psiquismos humanos y sobre todo por la disección de nuestro Yo, hacer presentes las asociaciones posibles o probables del paciente que él todavía no percibe, podemos adivinar no sólo sus pensamientos estancados sino también las tendencias que son para él inconscientes, al no tener que luchar contra las resistencias como él debe hacerlo. Si al mismo tiempo permanecemos atentos a la fuerza de la resistencia, no nos será difícil tomar la decisión de la oportunidad de una comunicación y de la forma que debe revestir. Este sentimiento nos protegerá de estimular la resistencia del paciente de forma inútil o intempestiva; es cierto que el psicoanálisis no tiene la capacidad de ahorrar cualquier sufrimiento al paciente, y, más bien al contrario, uno de los resultados principales del psicoanálisis consiste en enseñar a soportar un sufrimiento. Sin embargo, una presión inoportuna a este respecto, si está desprovista de tacto, proporcionará al paciente la excusa, ardientemente deseada en su inconsciente, de escapar a nuestra influencia.

En conjunto, todas esas medidas de precaución ejercen sobre el análisis una impresión de *bondad*, aunque las razones de esta sensibilidad provengan puramente de raíces intelectuales. Sin embargo, he de justificar a continuación en cierto sentido esta impresión del paciente. No existe ninguna diferencia de naturaleza entre el tacto que se nos exige y la obligación moral de no hacer a otro lo que, en circunstancias parecidas, no quisiera uno recibir de los demás.

Desde ahora he de señalar que la capacidad de ejercer esta especie de “bondad” sólo significa un aspecto de la comprensión analítica. Antes de que el médico se decida a hacer una comunicación, debe retirar por un momento su libido del paciente y sopesar fríamente la situación: en ningún caso debe dejarse guiar solamente por sus sentimientos. En las frases que siguen voy a presentar en un resumen aforístico algunos ejemplos que ilustran estas consideraciones generales.

3.- Einfühlung.

Conviene concebir el análisis como un proceso evolutivo que se desarrolla ante nuestros ojos, más bien que como el trabajo de un arquitecto que intenta realizar un plan preconcebido. Nadie debe dejarse arrastrar, en ninguna circunstancia, a prometer al analizado más que esto: si se somete al proceso analítico acabará por saber mucho más sobre sí mismo, y, si persevera hasta el final, podrá adaptarse mejor a las dificultades inevitables de la vida, con una repartición de energía más oportuna. Siendo rigurosos, podemos decirle también que no conocemos un tratamiento de los problemas psiconeuróticos y de carácter que sea el mejor y el más radical. No le ocultaremos que también existen otros métodos que ofrecen expectativas de curación mucho más rápidas y seguras, y en el fondo de nosotros mismos nos alegraremos entonces cuando escuchemos a los pacientes decir que ya han seguido durante años tratamientos por métodos sugestivos, ergoterapia u otros métodos fortalecedores de la voluntad, si no lo hacemos así, dejamos al paciente la posibilidad de ensayar uno de estos tratamientos tan prometedores, antes de abandonarse a nosotros. Pero no podemos desestimar la objeción que habitualmente plantean los pacientes en torno a que no creen en nuestro método o en nuestra teoría. Les explicaremos desde el principio que nuestra técnica renuncia por completo al regalo inmerecido de una confianza anticipada; el paciente sólo debe creernos si la experiencia de su curación se lo autoriza. Y tampoco podemos restar valor a otra objeción que consiste en decir que dejamos a priori la responsabilidad de un eventual fracaso del tratamiento atribuyéndola a la impaciencia del enfermo, y lo que debemos es dejar al paciente que decida, en estas difíciles condiciones, aceptar el riesgo que supone la cura. Si estas cuestiones fragmentarias no quedan aclaradas desde el principio en este sentido, se ofrece a la resistencia del paciente un conjunto de armas temible, que pronto o tarde tratará de utilizar contra los objetivos de la cura y contra nosotros. No debe uno dejarse desviar de estos planteamientos por ninguna otra cuestión, por espectacular que parezca. “¿Puede durar la cura dos, tres, cinco, o diez años?”, preguntarán muchos pacientes con visible hostilidad. “Todo es posible”, será nuestra respuesta. “Aunque naturalmente, un análisis de diez años equivale prácticamente a un fracaso, nunca podemos apreciar anticipadamente la importancia de las dificultades a superar, y no podemos prometer un resultado cierto, de modo que nos contentamos con recordar que en muchos casos basta con períodos más cortos. Pero si usted vive en la creencia de que los médicos desean hacer pronósticos favorables y, como ya habrá oído, se dan muchas opiniones desfavorables sobre la teoría y la técnica del psicoanálisis, es preferible que considere esta cura como una experiencia arriesgada que le costará bastante esfuerzo, tiempo y dinero; si, a pesar de todo, desea usted desarrollar esta experiencia con nosotros, deberá hacerla depender de su capacidad de sufrimiento. En cualquier caso, reflexione antes de empezar: comenzar sin la intención seria de perseverar, corre el riesgo de agravar su situación y sólo conseguirá añadir una nueva decepción a las que ya tiene.”

Creo que esta preparación bastante pesimista es sin embargo la más adaptada al objetivo que perseguimos: en cualquier caso corresponde a las exigencias de la regla “sentir con”. Pues la fe entusiasta del paciente, a menudo demasiado exagerada, oculta casi siempre una buena dosis de desconfianza que el enfermo trata de disimular con las promesas de curación impetuosamente exigidas de nosotros. He aquí una cuestión característica que se nos plantea a menudo, incluso tras pasar toda una sesión tratando de persuadir al paciente de que en su caso consideramos su análisis indicado: “¿Cree usted, doctor, que su cura me ayudará eficazmente?” Sería un error responder a esta pregunta con un simple “sí”. Es preferible decirle al paciente que no esperamos nada asegurándole siempre lo mismo. Ni siquiera el continuo elogio de la cura puede hacer desaparecer en la realidad la secreta sospecha del paciente respecto a que el médico es un hombre de negocios y quiere a toda costa vender su método, es decir su mercancía. La incredulidad oculta se hace transparente cuando el paciente pregunta por ejemplo: “¿No cree usted, doctor, que su método podría también perjudicarme?”. En general yo respondo desviándome por el siguiente camino: “¿Cuál es su profesión?” La respuesta puede ser: “Soy arquitecto.” “Entonces, ¿qué respondería usted a quien le preguntara, tras presentarle los planos de un nuevo edificio, si era fácil que la construcción se hundiera?” En general las exigencias de obtener más seguridades se aplacan entonces, y esto es señal de que el paciente se ha dado cuenta de que es preciso en cualquier trabajo confiar en el hombre que conoce el oficio, aunque no puedan excluirse definitivamente posibles decepciones.

A menudo se reprocha al psicoanálisis el ocuparse en exceso de cuestiones financieras. Creo que no se ocupa bastante aún. Hasta el hombre más acaudalado se resiste a entregar su dinero al médico: algo en

nosotros nos induce a considerar la ayuda médica -proporcionada en la infancia inicialmente por personas encargadas de los cuidados del niño- como algo natural; a fin de mes, cuando los pacientes reciben su nota de honorarios, la resistencia del enfermo sólo se diluye cuando todo lo que está oculto, todo el odio desvelado inconscientemente, toda desconfianza y toda sospecha quedan de nuevo dispuestas a expresarse. El ejemplo más característico de la distancia entre el consentimiento consciente al sacrificio y el desagrado oculto lo ofreció un paciente que, al comienzo de la entrevista con el médico declaró: “Doctor, si me ayuda le regalaré toda mi fortuna”. El médico respondió: “Me contentaré con treinta coronas por sesión”. “¿No es un poco demasiado?”, fue la respuesta inesperada del enfermo.

Durante el análisis es bueno tener gran atención para captar las manifestaciones ocultas o inconscientes que muestran la incredulidad o el rechazo, con el fin de discutirlos rápidamente a continuación. Es comprensible que la resistencia del paciente no pierda ninguna ocasión que aparezca. Cualquier paciente, sin excepción, capta las menores particularidades del comportamiento, de la apariencia externa, de la forma de hablar del médico, pero nadie se atreve, sin envalentonarse previamente, a decírnoslo a la cara, aunque con ello se falte gravemente a la regla fundamental del análisis: no nos queda pues otro remedio que adivinar cada vez, sobre la base del contexto asociativo del momento, cuando, al estornudar o sonarnos estrepitosamente, hemos golpeado al paciente en sus sentimientos estéticos, o cuándo le molestamos con nuestra forma de mirar, o cuándo desearía comparar nuestra estatura con la de los demás mucho más imponentes. He tratado en muchas ocasiones de demostrar que el analista debe prestarse en la curación, a menudo durante varias semanas, al papel de balancín⁴ sobre el que el paciente proyecte sus afectos de desagrado. Si no sólo no nos protegemos, sino que nos entregamos a ello en cualquier ocasión, aunque el paciente sea tímido, recogeremos antes o después la merecida recompensa a nuestra paciencia en forma de una naciente transferencia positiva. Toda muestra de desprecio o de sentimiento vejatorio por parte del médico, prolonga la duración del período de resistencia: pero si el médico no se defiende, el paciente se fatiga poco a poco en este combate unilateral; cuando está suficientemente desarbolado, no puede dejar de reconocer, aunque sea con reticencia, los sentimientos amistosos ocultos tras su actitud ofensiva, lo que le permitirá tal vez penetrar más a fondo en el material latente, en particular en las situaciones infantiles en que la base de determinados rasgos de carácter malicioso⁵ ha sido planteada -en general por educadores incomprensivos.⁶

No hay nada más perjudicial para el análisis que una actitud de maestro de escuela o de médico autoritario. Todas nuestras interpretaciones deben tener el carácter de una proposición más que el de una afirmación cierta, y esto no sólo para no irritar al paciente, sino porque podemos efectivamente equivocarnos. La vieja costumbre de los comerciantes que consiste en añadir al fin de cada factura la señal “S.E.” (salvo errore: salvo error) también debiera aplicarse respecto a toda interpretación analítica. Por lo mismo, la confianza en nuestras teorías sólo debe ser una confianza convencional, pues puede darse el caso de la famosa excepción a la regla, o incluso puede necesitarse modificar algún aspecto de la teoría en vigor hasta entonces. Ya me ha ocurrido que un paciente sin cultura, en apariencia ingenuo, lanzó contra mis explicaciones objeciones que yo estaba dispuesto a rechazar de entrada; un examen más detenido me mostró que no tenía yo razón, sino el paciente, y que su objeción me había ayudado a captar mejor la cuestión de que se trataba. *La modestia del analista no es una actitud aprendida, sino más bien la expresión de la aceptación de los límites de nuestro saber.* Señalemos de paso que posiblemente es éste el punto en el que, con la ayuda de la palanca psicoanalítica, comienza a variar la actitud anterior del médico. Compárese nuestra regla de “sentir con”, con la soberbia habitual que utiliza el médico omnisciente y omnipotente para enfrentarse con el enfermo.

Por supuesto no pienso que el analista deba ser exclusivamente modesto; tiene el derecho de esperar que la interpretación apoyada en la experiencia se confirme antes o después en la mayor parte de los casos, y que

4.- Watschermann. En húngaro: “Debout-Jeanot”. Pequeño personaje lastrado en su parte inferior que se pone vertical a partir de cualquier otra posición. (N del T).

5.- *Malizjös*. En alemán, lo que se traduciría más bien por malo, maligno. (N del T).

6.- Ver también al respecto la comunicación del Congreso de Innsbruck: “El problema de la terminación de análisis” (en este volumen).

el paciente ceda a la acumulación de las pruebas. Pero en cualquier caso hay que esperar pacientemente que el enfermo tome la decisión; cualquier impaciencia por parte del médico cuesta al enfermo tiempo y dinero, y al médico una sobrecarga de trabajo que hubiera podido perfectamente ahorrarse.

Acepto como mía la expresión “elasticidad de la técnica analítica” forjada por un paciente. Hay que ceder a las tendencias del paciente, como si se tratara de un hilo extensible, pero sin abandonar la atracción en la dirección de las propias opiniones, mientras la ausencia de consistencia de una u otra de estas posiciones no quede plenamente demostrada.

En ningún caso debe uno avergonzarse de sus errores anteriores. No debe olvidarse jamás que el análisis no es un procedimiento sugestivo donde hay que preservar ante todo el prestigio y la infalibilidad del médico. La única pretensión del analista es la de la confianza en la franqueza y en la sinceridad del médico, y a ésta no le perjudica el reconocimiento de un error.

La posición analítica no exige del médico sólo el control riguroso de su propio narcisismo, sino también la vigilancia extrema de las diversas reacciones afectivas. Si antes se estimaba que un grado excesivo de “antipatía” podía constituir una contraindicación para el desarrollo de una cura analítica, tenemos que excluir, tras una mejor comprensión de las circunstancias, tal contraindicación, y esperar por parte de un analista analizado que el conocimiento y el control de sí mismo sean lo suficientemente fuertes para no claudicar ante las idiosincrasias. En efecto, estos “rasgos antipáticos” son en la mayoría de los casos simples fachadas, que disimulan otros rasgos de carácter. Si el psicoanalista cede, equivale a dejarse dominar por el paciente; dejarse dominar es a menudo el objetivo inconsciente de un comportamiento intolerable. El saber nos permite considerar a la persona más desagradable como un paciente con necesidad de ser curado y, en cuanto tal, digno de nuestra simpatía. Poner en práctica esta humildad superior a la cristiana, forma parte de las tareas más difíciles de la práctica psicoanalítica. Si llegamos a ella, la corrección podrá triunfar incluso en los casos desesperados. Debo señalar una vez más que sólo una verdadera disposición para “sentir con” puede ayudarnos; los pacientes perspicaces desenmascararán rápidamente cualquier pose prefabricada.

Poco a poco va dándose uno cuenta de la complicación que supone el trabajo psíquico desarrollado por el analista. Se permite actuar a las asociaciones libres del paciente y al mismo tiempo se deja jugar a la propia fantasía con este material asociativo; en el intermedio se comparan las conexiones nuevas con los resultados anteriores del análisis, sin olvidar ni por un instante la toma en consideración y la crítica de sus propias tendencias.

En realidad podría hablarse casi de una oscilación perpetua entre “sentir con”, autoobservación, y actividad de juicio. Esta última aparece de vez en cuando y de forma espontánea, como una señal que, naturalmente, sólo se valora al principio en cuanto tal; basándose en un material justificativo suplementario puede por fin aventurarse una interpretación.

Una de las reglas más importantes del análisis consiste en economizar interpretaciones, en no decir nada superfluo en general; el fanatismo de la interpretación forma parte de las enfermedades iniciales del analista. Cuando se superan las resistencias del paciente mediante el análisis, se llega a veces a estadios en que el paciente realiza todo el trabajo de interpretación prácticamente solo, o con una ayuda mínima.

Volvamos una vez más a mi “actividad” tan alabada y tan criticada.⁷ Creo estar ya en disposición de dar indicaciones precisas, pedidas por muchos, sobre el momento actual de esta medida técnica. Ustedes saben que al principio me inclinaba por prescribir, junto a la asociación libre, determinadas reglas de comportamiento, en cuanto la resistencia permitía esta sobrecarga. Más adelante la experiencia me enseñó que no debía dar órdenes ni plantear prohibiciones, sino todo a lo más aconsejar algunas modificaciones en la manera de comportarse, quedando siempre dispuesto a retirarlas si se convertían en un obstáculo o si provocaban resistencias. La opinión que mantuve al principio, es decir que siempre era el paciente, y nunca el médico, quien podía ser “activo”, me ha llevado finalmente a la constatación de que debemos contentarnos con interpretar las tendencias a la actuación, ocultadas por el paciente, para apoyar las débiles

7.- Véanse los trabajos sobre la técnica en los tomos III y IV.

tentativas de superar las inhibiciones neuróticas que subsisten aún, sin insistir primero sobre la aplicación de medidas coercitivas, *ni siquiera aconsejándolas*. Si somos suficientemente pacientes, el enfermo acabará por preguntar si puede aventurarse a tal o cual tentativa (por ejemplo rebasar una construcción fóbica), evidentemente no hemos de rehusarle entonces ni nuestro apoyo ni nuestro ánimo, y de esta manera obtendremos todos los progresos esperados de la actividad sin irritar al paciente y sin enturbiar las relaciones entre nosotros. En otros términos: le corresponde al paciente determinar, o al menos indicar sin posible malentendido, el momento de la actividad. Pero ya se sabe que tales tentativas provocan variaciones de tensión en los sistemas psíquicos, y que se demuestra que son un instrumento de la técnica analítica al lado de las asociaciones.

En otro trabajo técnico⁸ he llamado la atención sobre la importancia de la translaboración; sin embargo he hablado de ella en un sentido algo unilateral, como si se tratara de un factor puramente cuantitativo. Sin embargo pienso que la translaboración tiene también un elemento cualitativo, y que la reconstrucción paciente del mecanismo de la formación del síntoma y del carácter puede repetirse en cuanto se produzca un nuevo progreso del análisis. *Cada nueva comprensión de las significaciones exige la revisión de todo el material precedente*, lo que podría tergiversar fragmentos esenciales de la construcción que ya creíamos terminada. Esta será la labor de una dinámica de la técnica, que atienda a todos los detalles, es decir la de constatar las relaciones más finas entre esta translaboración cualitativa y el factor cuantitativo (descarga de afectos).

En cada caso parece retornar una forma especial del trabajo de revisión. Pienso ahora en *la revisión de las experiencias vividas durante el tratamiento analítico*. Paulatinamente el análisis se convierte en un fragmento de la historia del paciente, y él lo repasa antes de separarse de nosotros. Durante esta revisión, ve con cierta distancia y con mayor objetividad las experiencias del principio de su encuentro con nosotros, las peripecias consecutivas de la resistencia y de la transferencia que durante un tiempo le parecían tan actuales y tan vitales, y desvía a continuación su mirada del análisis para dirigirla hacia las implicaciones reales de la vida.

Por último, desearía señalar algunos detalles sobre la metapsicología de la técnica.⁹ En muchos de mis textos se llama la atención sobre el hecho de que el proceso de curación consiste en gran parte en que el paciente coloque al analista (el nuevo padre) en lugar del verdadero padre que ocupa un puesto tan destacado en su Super-Ego, y que a continuación prosiga viviendo con este Super-Ego analítico. No niego que tal proceso se dé efectivamente en todos los casos, y admito incluso que esta sustitución pueda suponer éxitos terapéuticos importantes, pero quisiera añadir que un verdadero análisis de carácter debe dejar al margen, al menos de momento, cualquier tipo de Super-Ego, comprendido el del analista. Pues el paciente debe quedar libre de cualquier lazo emocional, en la medida en que tal lazo supere la razón y sus propias tendencias libidinosas. Sólo esta especie de construcción del Super-Ego puede facilitar una curación radical; los resultados que sólo consistirían en la sustitución de un Super-Ego por otro, deben ser considerados como transferenciales; no corresponden seguramente al objetivo final del tratamiento: desembarazarse también de la transferencia.

Voy a aludir a un problema que no ha aparecido hasta ahora: la eventual metapsicología de los procesos psíquicos del analista durante el análisis. Sus implicaciones oscilan entre la identificación (amor objetal analítico) por una parte, y control de sí o actividad intelectual de otra. Durante su larga jornada de trabajo, no puede abandonarse al placer de dar libre curso a sus narcisismos y a su egoísmo en la realidad, y en la fantasía sólo en algunos momentos. No dudo que tal sobrecarga -que además apenas se encuentra en la vida- exigirá pronto o tarde la elaboración de una higiene particular del analista.

Es fácil reconocer a los analistas no analizados (salvajes) y a los pacientes incompletamente curados, en

8.- "El problema de la terminación del análisis" en este volumen.

9.- Por "metapsicología" entendemos, como se sabe, la suma de las representaciones que podemos hacer sobre la estructura y el campo energético del aparato psíquico basándonos en la experiencia psicoanalítica. Véanse los trabajos metapsicológicos de Freud en el tomo V de las *Gesammelte Werke*.

que sufren una especie de “compulsión a analizar”; la movilidad libre de la libido tras un análisis acabado, permite por el contrario dirigir el conocimiento propio y el dominio propio analíticos, sin que esto impida gozar simplemente de la vida. El resultado ideal de un análisis acabado es precisamente esta elasticidad que la técnica exige también al psiquiatra. Y ello es un argumento más a favor de la necesidad absoluta de la “segunda regla fundamental del psicoanálisis”.

Dada la gran importancia de cualquier consejo técnico no me decido a publicar este artículo sin contar con la opinión crítica de un colega.

“El título (Elasticidad) es excelente”, declara mi crítico, y debería recibir una aplicación más amplia, pues los consejos técnicos de Freud eran esencialmente negativos. Lo que le pareció más importante era resaltar lo que no convenía hacer, y señalar las tentaciones que venían a contracorriente del análisis. Casi todo lo que puede hacerse de positivo, lo ha dejado a expensas del “tacto” que usted menciona. Pero el resultado así obtenido fue que los sujetos obedientes no han captado la elasticidad de estas convenciones y se han sometido a ello como si se tratara de leyes-tabú. Era preciso revisar esto un día, por supuesto sin anular las obligaciones.

“Aunque lo que usted dice sobre el “tacto” es cierto, me parece peligroso admitírsele de esa forma. Quienes no lo tienen verán en ello una justificación de lo arbitrario, es decir del factor subjetivo (influencia de los complejos propios irreprimibles). En realidad, estamos intentando sopesar, a un nivel esencialmente preconsciente, las diferentes reacciones que esperamos de nuestras intervenciones, lo que cuenta ante todo es la evaluación cuantitativa de los factores dinámicos en la situación. Naturalmente no pueden darse reglas para tales medidas. La experiencia y la normalidad del analista deberán decidir pero se deberá despojar al tacto de su carácter místico.”

Comparto enteramente la opinión de mi crítico, es decir que esta indicación técnica conducirá, como todas las precedentes, y a pesar de la mayor prudencia en su formulación, a falsas interpretaciones y abusos. Sin ninguna duda serán numerosos quienes -no sólo entre los debutantes sino también entre quienes tienden a la exageración- aprovecharán mis palabras sobre la importancia de “sentir con” para situar el acento principal sobre el factor subjetivo del tratamiento, es decir sobre la intuición, desestimando el otro factor que considero decisivo, es decir la apreciación consciente de la situación dinámica. He visto a algunos analistas utilizar nuestras tentativas de actividad -que han sido prudentes y aún lo serán más- para aplicar a su gusto medidas coercitivas, absolutamente no analíticas, e incluso impregnadas a veces de sadismo. No me sorprendería, pues, escuchar dentro de algún tiempo que alguien ha tomado mis consideraciones sobre la indispensable paciencia y tolerancia del analista como base para una técnica masoquista. Y sin embargo el procedimiento que aplico y recomiendo, la elasticidad, no equivale en absoluto a ceder sin resistencia. Todos intentamos ciertamente situarnos en la onda del paciente, sentir con él todos sus caprichos, todos sus humores, pero todos nos atenemos también hasta el final a nuestra posición dictada por la experiencia analítica:

Privar al “tacto” de su aspecto místico fue justamente el principal móvil que me impulsó a escribir este artículo; pero admito haber abordado simplemente el problema sin conseguir resolverlo. En lo que concierne a la posibilidad de formular consejos positivos para la evolución de determinadas relaciones dinámicas típicas yo sería posiblemente algo más optimista que mi crítico. Por otra parte su exigencia en lo que concierne a la experiencia y a la normalidad del analista es casi equivalente a la mía, es decir que la única base fiable de una buena técnica analítica es el análisis finalizado del analista. En un analista bien analizado, los procesos de “sentir con” y de evaluación, exigidos por mí, se desenvolverán no en el inconsciente, sino a nivel preconsciente.

Las advertencias prodigadas anteriormente me llevan también a precisar otro punto de vista ya expuesto en este artículo. Se trata del pasaje en el que se dice que un análisis de carácter, suficientemente ponderado, debe desembarazarse de cualquier tipo de Super-Ego. Un espíritu excesivamente riguroso podría interpretar

esto diciendo que mi técnica quiere privar a las gentes de todos sus ideales. En realidad mi combate se orienta contra la parte del Super-Ego que se ha vuelto inconsciente y por ello ininfluenciable; naturalmente no tengo nada que objetar a que un hombre normal conserve en su *preconsciente* determinada cantidad de modelos positivos y negativos. Sin embargo, es cierto que ya no tendrá que obedecer como un esclavo a ese Super-Ego *preconsciente*, como antes lo hacia a la imagen paterna inconsciente.

(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.