

PRINCIPIO DE RELAJACIÓN Y NEOCATARSIS¹. (1930).



Sándor Ferenczi

Tras haber escuchado mi exposición, algunos de ustedes habrán tenido la impresión de que resultaba injustificado titularla “Progresos de la técnica”, y que su contenido merecía más bien ser calificado de paso atrás o de retroacción. Pero espero que esta impresión se disipe rápidamente cuando se considere que el retorno a una tradición más antigua, injustamente olvidada, puede también favorecer la verdad; y pienso verdaderamente que no es paradójico, en tales casos, presentar como progreso científico el hecho de acentuar lo antiguo. Las investigaciones psicoanalíticas de Freud abarcan un campo enorme que comprende no solo la vida psíquica individual sino también la psicología de las masas y la historia de las civilizaciones humanas; recientemente tales investigaciones se han ampliado a las *representaciones extremas* que afectan a la vida y a la muerte.

A medida que transformaba un modesto método de trabajo psicoterapéutico en una psicología y en una visión del mundo acabada, el inventor del psicoanálisis debía centrar su investigación tanto sobre uno como sobre el otro campo de análisis, descartando provisionalmente el resto. Este olvido de determinados puntos ya aclarados no significa, por supuesto, ni un abandono ni una desconsideración. Pero nosotros, los discípulos, tenemos tendencia a seguir al pie de la letra las últimas palabras del maestro, a proclamar como única verdad el último *descubrimiento*, cayendo de este modo a veces en el error. Mi posición personal en el movimiento psicoanalítico me ha constituido como algo intermedio entre discípulo y profesor, y esta posición doble me autoriza a señalar este tipo de visiones unilaterales y, sin renunciar a lo que hay de bueno en la novedad, a reclamar una justa apreciación de lo que ha sido confirmado por la experiencia.

Dado que existe un estrecho vínculo casi indisoluble entre el método técnico y el conjunto del saber psicoanalítico, se comprenderá que no pueda yo limitar mi comunicación al terreno de la técnica y que me sienta indinado a revisar una parte del contenido de este saber. En la prehistoria del psicoanálisis, del que haré ahora un breve resumen, no se podía hablar de una separación de este tipo. Incluso en el período siguiente la distinción teoría-técnica era puramente artificial y respondía más bien a consideraciones didácticas.

I

El tratamiento catártico de la histeria, precursor del psicoanálisis, fue el descubrimiento común de un enfermo genial y de un médico de espíritu amplio. La paciente había experimentado en ella misma que algunos de los síntomas desaparecían cuando ponía en relación fragmentos de sus palabras o de sus gestos, expresados en estados excepcionales, con impresiones olvidadas de su vida anterior. El mérito extraordinario de Breuer consistió en seguir las indicaciones metódicas de su paciente, y también en haber creído en la *realidad* de los recuerdos que aparecían, sin descartarlos de entrada como era costumbre, en cuanto invenciones fantásticas de una enferma mental. Indudablemente, la credulidad de Breuer tenía unos límites estrechos. No consiguió seguir a su paciente más que en la medida en que las palabras y

1.- Informe presentado al XI Congreso Internacional de Psicoanálisis en Oxford, en agosto de 1929, con el título “Progresos de la técnica analítica”. Título del texto publicado: “*Relaxationsprinzip und Neokatharsis*”, en Intern. Zeitschrift für Psico-Analys., 1930, vol. XVI. Es evidente que en 1929 la palabra alemana “*relaxation*” no designaba la técnica de la “detención neuromuscular” descrita luego por diversos autores (Schultz, Jacobson, etc.).

el comportamiento de ésta evolucionaban en el marco del bienestar. En cuanto aparecieron las primeras manifestaciones de vida impulsiva no inhibida, Breuer abandonó no sólo a su paciente sino todo el método. Por ello, sus deducciones teóricas, que son extremadamente penetrantes, quedan limitadas en la medida de lo posible al aspecto puramente intelectual, o bien aluden directamente a lo físico, saltándose todo el campo psíquico y emocional.

Iba a aparecer un hombre más fuerte que no retrocedería ante lo que hay de instintivo y de animal en la organización psíquica del hombre civilizado. Creo que es inútil nombrarlo. Las experiencias de Freud terminaron por imponer la hipótesis de que todas las neurosis tienen como *condición sine qua non* traumatismos sexuales infantiles. Pero como en algunos casos las afirmaciones de los pacientes parecían inciertas, tenía que luchar contra la tentación de declarar poco seguro el material proporcionado por los pacientes, que en consecuencia era indigno de la consideración científica. Afortunadamente la perspicacia de Freud salvó al psicoanálisis del peligro inminente de quedar nuevamente enterrado. Aunque algunas alegaciones de los pacientes fueran engañosas e irreales, *la realidad psíquica de la propia mentira* continuaba siendo un hecho irrefutable. Resulta difícil imaginar cuánto coraje, cuánta fuerza, cuánta constancia, y también cuánta desesperación propia se necesita para tratar fríamente de fantasía histérica la tendencia engañosa de los pacientes a la mentira, y para considerar, a título de realidad física, que tal postura era digna de atención e investigación.

Estos progresos han ido marcando casi la técnica psicoanalítica. La relación intensamente emotiva, de tipo hipnótico-sugestivo que existía entre el médico y su paciente, se ha ido enfriando progresivamente para convertirse en una especie de experiencia indefinida de asociaciones, es decir en un proceso esencialmente intelectual. Médico y enfermo unían las fuerzas para intentar de algún modo reconstruir las causas rechazadas de la enfermedad a partir de fragmentos disparatados del material asociativo, como se procede en los crucigramas muy complicados. Pero Freud fue obligado por algunos fracasos terapéuticos, que hubieran descorazonado a otros más débiles que él, a restablecer la afectividad y la relación analista-analizado, que él manifiestamente había descuidado durante cierto tiempo. Sin embargo, no se hizo esto en forma de hipnosis o sugestión, procedimiento mal conocido en cuanto a su naturaleza y muy difícil de dosificar, sino atribuyendo más atención y más valor a los signos de la *transferecia de afectos y de resistencia afectiva* que se manifestaban en la relación analítica.

Este era aproximadamente el estado de la técnica y de la teoría psicoanalítica en la época en que, inicialmente estimulado por las experiencias de asociación de Jung, me convertí en partidario entusiasta de la nueva doctrina. Permítanme presentar aquí la evolución de la técnica desde el punto de vista subjetivo de un individuo. La ley biogenética fundamental parece ser igualmente válida para el desarrollo intelectual del individuo; posiblemente no existe ningún saber válidamente fundamentado que no repita por su cuenta los estadios de la iluminación exageradamente optimista, de la decepción que le sigue inevitablemente, y de la reconciliación final de los dos afectos. No sé si debo envidiar a mis colegas más jóvenes la facilidad que tienen para entrar en posesión de lo que la generación anterior ha conquistado con gran esfuerzo. Me parece que no es lo mismo recibir una tradición acabada, por válida que sea, que construir una propia.

Guardo un recuerdo muy vivo de mis primeros ensayos al comienzo de mi carrera psicoanalítica. Recuerdo por ejemplo el primer caso con el que me enfrenté. Se trataba de un joven colega al que había encontrado en la calle: estaba muy pálido, y luchaba claramente contra una penosa disnea, de modo que me agarró por el brazo y me pidió ayuda. Me dijo que sufría de asma nerviosa, explicándomelo entre dos ahogos. Hasta entonces había ensayado todos los remedios, pero sin éxito. Yo me decidí rápidamente y conduje a mi colega a mi gabinete de consulta. Allí le induje a que me comunicara sus reacciones al esquema de asociación propuesto, luego me lancé al análisis de su pasado con ayuda de este material asociativo rápidamente sembrado y recogido y, como había previsto, las imágenes mnésicas se reagruparon pronto alrededor de un traumatismo sufrido en su primera infancia. Se trataba de la operación de un hidrocele;² él vivió y revivió

2.- Tumor del escroto, de la túnica vaginal del testículo y del cordón espermático. (N del T).

con un intenso sentido de la realidad, cómo había sido agarrado fuertemente por los enfermeros, cómo le habían aplicado a la fuerza la máscara del cloroformo sobre el rostro y cómo había querido escapar, con todas sus fuerzas, al poder asfixiante del gas anestésico; repitió las contracciones musculares, el sudor angustioso y la perturbación respiratoria que debió experimentar en el momento del suceso traumático. Luego abrió los ojos como si saliera de un sueño, paseó la mirada atónita alrededor y me abrazó, gritando jubiloso que se sentía totalmente curado de su crisis.

En aquella época obtuve otros varios éxitos “catárticos” del mismo tipo. Pero no tardé en descubrir que casi todas estas curaciones de síntomas sólo producían resultados provisionales y, como médico, me sentí progresivamente curado de mi excesivo optimismo. A través de un estudio más profundo de las obras de Freud y de los consejos personales que tuve la suerte de recibir de él, me esforcé en apropiarme las técnicas de la asociación, de la resistencia y de la transferencia, siguiendo todo lo exactamente posible los consejos técnicos que Freud había ya publicado. Creo haber dicho ya que, si bien gracias a la observación de estas reglas técnicas, mis conocimientos psicológicos se iban profundizando, los resultados rápidos y espectaculares se hacían, por el contrario, cada vez más raros. El antiguo tratamiento catártico se transformaba poco a poco en una especie de reeducación analítica de los enfermos que cada vez exigía más tiempo. En mi celo juvenil, me ingenié para hallar medios de abreviar este tiempo y de provocar mejores resultados terapéuticos. Generalizando y acentuando primero el principio de frustración, del que Freud se había mostrado partidario en el Congreso de Budapest (1918), y recurriendo también a un aumento artificial de la tensión (“Terapéutica activa”), intenté favorecer la repetición de sucesos traumáticos anteriores procurando obtener una mejor resolución de éstos mediante el análisis. No ignorarán ustedes seguramente que algunos de nosotros nos dejamos llevar por excesos en el campo de la actividad. El más grave de ellos consistió en *fixar un término a la cura*, medida propuesta por Rank y adoptada por mí entonces. Tuve suficiente clarividencia como para advertir a tiempo tales exageraciones, y me lancé de lleno al análisis del Ego y de los desarrollos del carácter que Freud, entretanto, había abordado con gran éxito. El análisis del Ego, algo simplista, en que la libido (hasta entonces concebida como omnipotente) no encontraba mucho encaje, transformó la cura, en muchos aspectos, en un proceso destinado a permitirnos, repartiendo la energía entre el Ello, el Ego y el Super-Ego del paciente, comprender más completamente la tópica, la dinámica, y la economía de la formación de los síntomas. Sin embargo cada vez tenía yo la impresión más fuerte, al aplicar estas concepciones en el análisis, de que la relación entre médico y enfermo comenzaba a parecerse demasiado a una relación de maestro-discípulo. Me convencí también de que mis pacientes estaban profundamente descontentos de mí, pero que no se atrevían a mostrarlo abiertamente ni a manifestarse contra el dogmatismo y la pedantería de los que dábamos pruebas. En uno de mis trabajos consagrados a la libertad, yo invitaba a mis colegas a enseñar a sus pacientes una mayor libertad, enseñándoles a que se abandonaran libremente a su agresividad contra el médico; al mismo tiempo les exhortaba a dar prueba de mayor humildad ante sus pacientes, y a admitir las posibles faltas que pudieran cometer ante ellos; y también preconizaba una mayor elasticidad, incluso a expensas de nuestras teorías (que ciertamente no son inmutables, aunque constituyan útiles provisionalmente utilizables). Finalmente pude afirmar que no se perjudicaba al análisis concediendo más libertad al paciente, y que, por el contrario, el agotamiento de todas las agresiones posibles permitía a continuación una transferencia positiva y unos resultados más tangibles.

No se sorprendan entonces de que hoy les esté dando cuenta de nuevos pasos al frente en este sentido, o, si lo prefieren, de pasos atrás. Soy consciente de que lo que les digo puede desagradarles, particularmente a quienes frecuenten su amistad. Pero también tengo que mostrar mi temor a que mis palabras me den una popularidad indeseable en los círculos de los auténticos reaccionarios. Sin embargo, no olviden lo que he dicho al principio sobre el progreso y el retroceso; retornar a lo que hay de bueno en el pasado no significa en absoluto para mí el abandono de lo que los últimos descubrimientos de nuestra ciencia tienen de bueno y de válido. Por otra parte resultaría presuntuoso imaginar que uno cualquiera de nosotros pudiera decir la última palabra sobre las posibilidades de desarrollo que ofrece la técnica o la teoría del análisis. En lo que me concierne al menos, las múltiples dudas que acabo de exponerles brevemente me han hecho ser más modesto; de modo que yo no quisiera presentar nada de lo dicho como algo definitivo, pues no excluyo la posibilidad de tener que someter una parte más o menos importante de estas reflexiones a diversas reservas.

II

Durante mi larga práctica analítica, me he hallado constantemente en trance de infringir alguno de los “Consejos técnicos” de Freud. La *fidelidad al principio* según el cual el paciente debe estar tumbado fue *traicionada* ocasionalmente por el impulso indomable de los enfermos a levantarse de golpe, a deambular por la sala o a hablar conmigo mirándonos a los ojos. Circunstancias difíciles de la realidad, pero también a menudo la maquinación inconsciente del enfermo, me han puesto muchas veces ante la alternativa de interrumpir el análisis o de contravenir la regla habitual y proseguir el análisis sin contrapartida financiera; nunca he dudado en elegir esta última solución y, en general, no ha sido mal camino. El principio según el cual el análisis debe desarrollarse en el ambiente habitual y el paciente proseguir sus actividades profesionales era a menudo impracticable; en algunos casos difíciles me vi obligado a permitir a los pacientes que permanecieran acostados durante días, incluso semanas, dispensándoles del esfuerzo de venir a verme. El efecto de choque de la intervención brutal de la sesión del análisis me obligó en más de una ocasión a prolongar la sesión hasta el final de la reacción emotiva, incluso a consagrar al enfermo dos sesiones al día o más. A menudo, cuando no quería o no podía hacerlo, mi rigidez provocaba un aumento superfluo de la resistencia y una repetición excesivamente literal de sucesos traumáticos de la prehistoria infantil, y costaba mucho más tiempo superar a medias los efectos nefastos de esta identificación inconsciente en el paciente. En cuanto a un principio esencial del análisis, el de la frustración, que algunos de mis colegas y yo mismo antes habíamos aplicado con desmesurado rigor, fue rápidamente calado por gran número de obsesos que hallaron en él una fuente de descubrimientos casi inagotable de situaciones de resistencia, hasta que el médico se decidía finalmente, soltando el lastre, a dejarles caer el arma de las manos.

Yo tenía grandes escrúpulos de conciencia debido a estos fallos a la regla fundamental, y muchos otros que no puedo enumerar aquí, hasta que recibí las palabras consoladoras de personas con autoridad: los consejos de Freud no eran de hecho más que recomendaciones para principiantes, que debían protegerles de los errores y los fracasos más aparentes; casi no contenían indicaciones de naturaleza positiva, y en consecuencia se permitía gran libertad a la valoración personal del analista, en la medida en que podía explicarse las consecuencias metapsicológicas de su conducta.

Sin embargo, la acumulación de casos excepcionales me impulsó a formular un principio hasta entonces inédito, aunque admitido tácitamente, el principio de *dejar hacer*,³ que conviene a menudo admitir junto al principio de frustración. Una reflexión inmediata me condujo a la convicción de que al explicar el modo de actuación de la técnica activa, era relativamente exagerado atribuir todo lo ocurrido a la frustración, es decir a un “aumento de tensión”. Cuando yo ordenaba a una paciente que mantuviera separadas las piernas hasta entonces cruzadas, le creaba una situación de frustración libidinosa que propiciaba el aumento de la tensión y la movilización de contenidos psíquicos hasta entonces rechazados. Pero cuando sugería a la misma paciente que abandonara la posición excesivamente rígida de toda su musculatura y se concediera mayor libertad de movimientos, resultaba injustificado hablar únicamente de aumento de tensión, porque este abandono de la rigidez de la paciente planteaba dificultades. Sería mucho más honesto confesar que se trataba de una medida de naturaleza distinta, a la que se podría denominar, en oposición al aumento de tensión, *relajación*. Hay que admitir entonces que el psicoanálisis trabaja en realidad con dos medios que se oponen uno a otro; produce un aumento de tensión mediante la frustración y una relajación autorizando los movimientos libres.

Pero, al igual que cualquier novedad, se descubre en seguida que se trata de algo muy antiguo, y diría incluso que muy banal. ¿Acaso no están actuando estos principios en la asociación libre? Uno obliga al paciente a confesar verdades desagradables, mientras que el otro le autoriza a una libertad en la palabra y en la expresión de sentimientos que no se tiene en otros aspectos de la vida. Pero antes de que el psicoanálisis existiera, la educación de los niños y de las masas consistía ya en conceder ternura y amor y en exigir renuncias dolorosas para adaptarse a una realidad llena de desagrado.

Si la Asociación Internacional de Psicoanálisis no fuera una sociedad tan civilizada y tan habituada a la

3.- Prinzip der Gewährung: cumplimiento.

auto-disciplina, yo hubiera sido ya interrumpido en mi exposición por un tumulto general y por violentas exclamaciones, como ocurre incluso en la Cámara de los Comunes británica, por lo demás tan distinguida, al escuchar un discurso particularmente irritante. “¿Qué quiere usted en realidad?”, me gritarían algunos. “Apenas nos hemos familiarizado con el principio de frustración, que usted mismo ha expuesto en un extremo con su técnica activa, cuando viene a perturbar nuestra conciencia científica, a duras penas apaciguada, lanzando un nuevo principio desconcertante cuya aplicación nos reserva grandes dificultades.” “¿Habla usted de los peligros existentes al exagerar las frustraciones, y luego nos dice que existe un riesgo al mimar a los pacientes?”, clamaría otra voz no menos estridente. “¿Puede usted explicarnos con precisión cuándo y cómo aplicar uno u otro de estos principios?”

Cálmense, señoras y señores. No estamos tan lejos como para dejarnos llevar por detalles de este tipo. De momento mi intención sólo era constatar que, de forma inesperada, trabajamos desde ahora con ambos principios. Pero posiblemente debo responder en esta exposición a determinadas objeciones que me he hecho naturalmente a mi mismo. Sin duda me vería obligado a perturbar el confort intelectual de los analistas si planteara nuevos problemas.

Para calmar los espíritus, señalaré de entrada que la actitud de observación, objetiva y reservada, del médico, como la recomienda Freud, es la más segura y la única que se justifica al comienzo de un análisis, y que en último término no conviene nunca hacer intervenir factores afectivos sino sólo una reflexión sensata antes de recurrir a la medida apropiada. Mis modestos esfuerzos tratan sólo de formular lo que hasta ahora se definía mediante la poco clara expresión de “atmósfera psicológica”. En efecto, no puede negarse que la fría objetividad del médico puede adoptar formas que enfrenten al paciente con dificultades inútiles e inevitables; deben existir medios para hacer perceptible al paciente nuestra actitud amistosamente benévola⁴ durante el análisis, sin abandonar por ello el análisis del material transferencial ni caer en el error de quienes tratan al neurótico con una severidad o un amor fingidos, y no del modo analítico, es decir con una sinceridad total.

III

En lugar de abordar en conjunto sus preguntas y probables objeciones que, debo admitir, me parecerán en parte bastante embarazosas, quisiera presentarles el argumento principal que justifica a mi parecer la intensidad con que hablo de la *relajación* al lado de la frustración y de la objetividad evidente. La validez de una teoría, o de una hipótesis, se mide de acuerdo con su utilidad teórica y práctica, es decir con su valor heurístico, y he experimentado que adoptar también el principio de relajación produce buenos resultados según estos dos puntos de vista. Comencemos por el práctico. En una serie de casos en los que el análisis ha fracasado ante las resistencias aparentemente insolubles de los pacientes, una modificación de la táctica de frustración, hasta entonces efectivamente rigurosa, ha conseguido en una nueva tentativa analítica resultados mucho más profundos. Y ello, no sólo en los casos no curados por otros analistas, casos que me han dado ocasión de experimentar este viraje favorable a mí, el nuevo analista (puede ser en parte sólo por venganza); hablo también de enfermos con quienes yo mismo no progresaba trabajando con la técnica unilateral de la frustración; pero cuando en una nueva tentativa les concedía mayor relajación, tenía que luchar bastante menos tiempo contra las manifestaciones de sus resistencias personales, hasta entonces interminables, lo que permitía al paciente y al médico unir sus fuerzas de trabajo para elaborar, con menos esfuerzo, lo que llamaría las “resistencias objetivas” producidas por el material rechazado. Comparando la actitud inicialmente varada del paciente y la movilidad que resultaba de su relajación, puede constatarse en esos casos que el paciente vive la reserva severa y fría del analista como la continuación de la lucha infantil contra la autoridad de los adultos y que repite las reacciones caracteriales y sintomáticas que están a la base de su neurosis propiamente dicha. Hasta aquí en lo que concierne al fin de la cura, yo tendía a pensar que no se debían temer estas resistencias del enfermo e incluso que se las podía provocar artificialmente; esperaba, con más o menos razón, que si todos los caminos de la resistencia se volvían progresivamente

4.- Freundlich Wohlwollende.

impracticables, gracias a la comprensión analítica, el paciente sería finalmente acorralado y conducido a tomar la única vía abierta, la de la curación. Dicho esto, no se trata de negar que es imposible evitar el sufrimiento al neurótico durante el análisis y, desde un punto de vista teórico, es evidente que el paciente debe aprender en el análisis a soportar el sufrimiento que entraña el rechazo. Sólo se puede uno preguntar si se inflige al paciente más sufrimiento de lo absolutamente necesario. Adoptaré la expresión “economía del sufrimiento” para hacer comprender y enseñar, espero que sin demasiados equívocos, cómo utilizar el principio de frustración y el principio del dejar hacer.

Como todos ustedes saben, los analistas no solemos atribuir gran valor científico a los resultados terapéuticos, en el sentido de un mayor bienestar del paciente. No tenemos el derecho de hablar de un verdadero progreso en relación a los métodos de tratamiento más antiguos más que si ese método, además de la mejoría, permite captar mejor el mecanismo del proceso terapéutico. Pero resultaba muy sorprendente, en gran número de casos, ver cómo sobrevenía la mejoría al poner en marcha la terapia de relajación. Tanto en los histéricos como en los obsesos, e incluso en los neuróticos de carácter, las tentativas habituales de reconstrucción del pasado procedían de la forma acostumbrada. Pero tras conseguir crear una atmósfera de confianza un poco más sólida entre médico y paciente, así como el sentimiento de una libertad total, los *síntomas histéricos corporales* hacían bruscamente su aparición, a menudo por vez primera en un análisis que duraba ya varios años: parestesias y temblores netamente localizados, movimientos de expresión violentos que evocaban pequeñas crisis histéricas, bruscas variaciones del estado de conciencia, ligeros vértigos e incluso pérdida de la conciencia, seguida a menudo de amnesia retroactiva. Algunos pacientes me rogaban insistentemente que les contara cómo se habían comportado en tales estados. No era difícil utilizar estos síntomas para apuntalar mejor las reconstrucciones efectuadas hasta entonces, de alguna forma a título de *símbolos mnésicos corporales*, con la diferencia sin embargo de que el pasado, reconstruido esta vez, se adhería mucho más que antes al sentimiento de *realidad* y de *objetividad*,⁵ y por ello se hallaba mucho más próximo a un verdadero *recuerdo*, mientras que hasta entonces el paciente se limitaba a hablar de posibilidades, y a lo más de certezas, y suspiraba en vano por los recuerdos. En algunos casos, estos accesos histéricos tomaban las proporciones de un verdadero *estado de trance*, en el que los fragmentos del pasado volvían a ser vividos y la persona del médico era el único puente entre el paciente y la realidad; se hacía posible plantear cuestiones al paciente y obtener importantes informaciones sobre las partes disociadas de su personalidad. Sin intención por mi parte y sin el menor deseo de caminar en este sentido, se producían estados de excepción que podrían calificarse más o menos de autohipnóticos y que era preciso comparar a las *manifestaciones catárticas* según Breuer y Freud. Debo confesar que este resultado me sorprendió desagradablemente al principio, e incluso diría que me trastornó. ¿Merecía la pena dar este inmenso rodeo mediante el análisis de las asociaciones y de las resistencias, mediante el juego tan difícil de las adivinanzas con los elementos de la psicología del Ego, y mediante incluso toda la metapsicología, para llegar por último a esta vieja “gentileza”⁶ para con el paciente, y a la catarsis que creía desde hacía tiempo sepultada? No tuve que reflexionar mucho para estar totalmente seguro al respecto. Hay una gran diferencia entre el final catártico de un largo psicoanálisis y estas erupciones emocionales y mnésicas, fragmentarias, de efecto sólo pasajero, que sólo la catarsis primitiva podía provocar. La catarsis de la que hablo no es, como muchos sueños, más que una confirmación que proviene del inconsciente, un signo de que nuestro trabajo laborioso de construcciones analíticas, nuestra técnica de la resistencia y de la transferencia, han conseguido finalmente alcanzar la realidad etiológica. Así que la paleocatarsis no tiene mucho en común con esta *neocatarsis*. Sin embargo es innegable que aquí se riza el rizo. El psicoanálisis ha sido concebido inicialmente como una medida de respuesta catártica a los choques traumáticos no liquidados y a los afectos bloqueados, luego se ha dedicado al estudio en profundidad de las fantasías neuróticas y de sus diferentes mecanismos de defensa. A continuación se ha concentrado sobre todo en la exploración de la relación afectiva personal entre el analista y su paciente, interesándose durante los dos primeros decenios sobre todo en las manifestaciones de las tendencias impulsivas y más tarde en las reacciones del Ego. Por lo

5.- Dinghaftigkeit.

6.- Freundlichkeit.

tanto no hay que asustarse ante la aparición súbita, en el psicoanálisis moderno, de fragmentos de una técnica y de una teoría antiguas; recordemos simplemente en esta ocasión que hasta ahora el psicoanálisis nunca ha dado un paso que haya que borrar por inútil y que es preciso esperar a hallar nuevos filones de oro en las galerías provisionalmente abandonadas.

IV

Lo que debo decirles ahora es de algún modo la consecuencia lógica de lo que ya he expuesto. El material mnésico descubierto o confirmado por la neocatarsis ha vuelto a dar gran importancia al factor traumático original en la ecuación etiológica de las neurosis. Las medidas de precaución de la histeria y las reservas de los obsesos pueden hallar su explicación en las formaciones fantasiosas puramente psíquicas: son siempre trastornos reales y conflictos con el mundo exterior los que traumatizan o tienen un efecto de choque, y producen el primer impulso para la creación de direcciones anormales del desarrollo; éstos preceden siempre a la formación de potencias físicas neurógenas, por ejemplo las de la conciencia moral. En consecuencia no debe considerarse acabado un análisis, al menos teóricamente, si no ha conseguido alcanzar el material mnésico traumático. Y, en la medida en que se confirma esta hipótesis que, como hemos dicho, se funda en la experiencia proporcionada por la terapia de la “relajación”, el valor heurístico de la técnica modificada de este modo aumenta también de manera sensible en el plano teórico. Tras haber concedido toda la atención precisa a la actividad fantasiosa en cuanto factor patógeno, me he ocupado en estos últimos tiempos cada vez con más frecuencia del traumatismo patógeno propiamente dicho. He descubierto que el traumatismo es mucho menos a menudo la consecuencia de una hipersensibilidad constitucional de los niños, que pueden reaccionar de manera neurótica incluso frente a dosis de desagrado banales e inevitables, que un tratamiento verdaderamente inadecuado e incluso cruel. Las fantasías histéricas no mienten cuando nos cuentan cómo padres y adultos pueden ir muy lejos en su pasión erótica por los niños, y cuando nos dicen que tienen la tendencia, si el niño se presta a este juego del inconsciente, de infligir al niño inocente castigos y amenazas graves, que le trastornan y le quebrantan causándole un violento choque y siendo totalmente incomprensibles para él. Actualmente siento la tentación de atribuir, junto al complejo de Edipo de los niños, *una enorme importancia a la tendencia incestuosa de los adultos, rechazada bajo la máscara de la ternura. Por otra parte, no puedo negar que la tendencia de los niños a responder al erotismo genital se manifiesta mucho más intensamente y con mucha mayor precocidad de la que habíamos creído hasta ahora. En los niños, una buena parte de las perversiones no implica una simple fijación a una etapa anterior, sino más bien una regresión a una etapa que se origina en un estadio genital precoz. En algunos casos traumatizantes, el castigo le llega al niño en el momento preciso de una actividad erótica, y puede suponer una perturbación duradera de lo que Reich llama la “potencia orgásmica”. Pero el niño experimenta mucho miedo si se le fuerza prematuramente su sensación genital, pues lo que desea en realidad, incluso en lo relativo a los temas sexuales, es sólo el juego y la ternura y no la manifestación violenta de la pasión.*

Sin embargo se ha demostrado que la observación de las curas con desarrollo neocatártico da bastante que pensar desde otros puntos de vista. Permite hacerse una idea del proceso psíquico con ocasión del rechazo traumático primario, al mismo tiempo que entrever la naturaleza íntima del rechazo. Parece que la *primera reacción a un choque sea siempre una psicosis pasajera*, es decir una ruptura con la realidad, por una parte en forma de alucinación negativa (pérdida de conciencia o desvanecimiento histérico, vértigo), y por otra en forma de una compensación alucinatoria positiva inmediata que da la ilusión de placer. En todos los casos de amnesia neurótica, y posiblemente también en la amnesia infantil corriente, podría tratarse de una división psicótica de parte de la personalidad bajo el efecto de un choque, pero esta parte rota sobrevive en secreto y se esfuerza constantemente por manifestarse sin hallar otra salida, por ejemplo, que los síntomas neuróticos. Debo en parte esta hipótesis a las observaciones de nuestra colega Elizabeth Severn, quien me las ha comunicado personalmente.

A veces se consigue, como acabo de decir, establecer un contacto directo con la parte reflejada de la personalidad, conduciéndola a lo que yo llamaría una conversión infantil. En la relajación, los síntomas histéricos corporales llevan a veces a estadios de desarrollo en los que, al no estar el órgano del pensamiento

completamente formado, sólo son registrados recuerdos físicos.

Por último debo decir que entre los factores traumáticos, al lado de la amenaza de castración, reviste gran importancia el sentimiento de angustia provocado por la sangre menstrual, dato subrayado oportunamente por vez primera por C. D. Daly.

¿Cuál es el motivo de que exponga, en esta memoria esencialmente técnica, una lista tan larga, aunque no completa, de razonamientos teóricos semielaborados? Ciertamente no pretendo con ello hacerles admitir tales ideas ya que para mi mismo no están aún del todo claras. Me sentiría satisfecho si sacaran ustedes la impresión de que la *traumatogenesis*, descuidada durante tanto tiempo, podría mostrarse fecunda no sólo en los planos terapéutico y práctico, sino también en el teórico.

V

Discutiendo con Anna Freud sobre algunas de mis medidas técnicas, me planteó ella esta oportuna cuestión: “Trata usted a los pacientes como trato yo a los niños en mis análisis infantiles”. Tuve que darle la razón, recordando que en mi última publicación, un pequeño trabajo sobre la psicología de los niños “no queridos”,⁷ que luego vienen al análisis, yo preconizaba una especie de acogida calurosa como preparación al análisis propiamente dicho de las resistencias. Las medidas de relajación que acabo de proponer disminuyen aún más la diferencia, demasiado grande hasta ahora, entre análisis infantil y análisis de adultos. Al aproximar ambos modos de tratamiento, me sentía influenciado sin duda por mi encuentro con Georg Groddeck, el valiente precursor del psicoanálisis de las perturbaciones orgánicas, al cual me había yo dirigido a causa de una enfermedad orgánica. Aprobé su tendencia a querer animar a sus pacientes para que mostraran una ingenuidad casi infantil, y pude constatar los resultados obtenidos. Siguiendo el procedimiento groddecquiano, he permanecido fiel a la aplicación de la técnica clásica de la frustración en el análisis y trato de alcanzar mi objetivo sirviéndome con tacto y comprensión de ambas técnicas.

Ahora quisiera dar una respuesta oportuna a las objeciones que probablemente se alzarán contra esta táctica. ¿Qué motivos podrían inducir al paciente a desinteresarse del análisis para contemplar la dura realidad de la vida, si pudiera gozar cerca del analista de una libertad infantilmente irresponsable, en una medida que por supuesto no es posible en la realidad? Responderé que tanto en la relajación analítica como en el análisis infantil se vigila para que los árboles no oculten el firmamento. En una relajación analítica, por avanzada que esté, no pueden ser satisfechos los deseos activamente agresivos y los deseos sexuales, así como tampoco otras exigencias excesivas: esto proporciona al paciente muchas ocasiones para aprender a renunciar y a adaptarse. Nuestra actitud amistosa y benévola puede ciertamente satisfacer la porción infantil de la personalidad, la parte necesitada de ternura, pero no aquella que ha conseguido escapar a las inhibiciones del desarrollo y hacerse adulta. Pues no es sólo una licencia poética el comparar el psiquismo del neurótico con una doble malformación, una especie de teratoma podríamos decir: una parte del cuerpo, oculta, alberga las parcelas de un hermano gemelo cuyo desarrollo ha quedado inhibido. Ningún hombre sensato dudaría en someter tal teratoma al bisturí del cirujano si estuviera amenazada la vida de la persona entera.

He constatado también que el odio rechazado constituye un medio de fijación y de adherencia más poderoso que la ternura reconocida abiertamente. Esto lo ha podido expresar con gran claridad una paciente cuya confianza conseguí ganar tras casi dos años de duro combate contra la resistencia, utilizando una técnica suave. “Ahora que le amo, puedo renunciar a usted”, fue su primera declaración espontánea tras la aparición de una actitud afectiva positiva respecto a mí. Creo que fue durante el análisis de esta misma paciente cuando pude constatar la actitud de la relajación para transformar la tendencia a la repartición del recuerdo. Mientras me identificó con sus parientes desagradables, la paciente repetía constantemente sus reacciones de desafío; pero en cuanto dejé de darle oportunidad para ello, comenzó a distinguir el presente del pasado y, tras algunas explosiones emocionales de naturaleza histérica, recordó los choques psíquicos que tuvo que sufrir en su infancia. *El parecido entre la situación analítica y la situación infantil incita, pues,*

7.- En el presente volumen.

a la repetición, mientras que el contraste entre ambas favorece el recuerdo.

Soy consciente de que esta doble actitud de frustración y de dejar hacer, impone al analista un control riguroso de su contra-transferencia y de su contrarresistencia. Impulsos mal controlados hacen que a menudo los educadores y los padres severos cometan excesos en uno u otro sentido. No hay nada más fácil que descargar sobre los pacientes y sobre los niños, bajo la apariencia de ser una exigencia de la frustración, la satisfacción de las tendencias sádicas inconfesables de cada cual; por el contrario, maneras y cantidades excesivas de ternura respecto a los pacientes y a los niños pueden servir más a las propias tendencias libidinosas, posiblemente inconscientes, que al bien de aquellos. Estas condiciones nuevas y difíciles proporcionan un argumento, aún más decisivo, a lo que he expresado a menudo y con insistencia: la necesidad que tiene el analista de realizar un análisis que llegue hasta los sitios más profundos, en forma que le permita controlar sus propias particularidades de carácter.

Puedo imaginar casos de neurosis (he encontrado algunos) en los que, posiblemente a consecuencia de choques infantiles de efecto muy intenso, la mayor parte de la personalidad llega a ser como un teratoma, mientras que todo el trabajo de adaptación real recae sobre una parcela que a menudo no ha sido desarrollada. Para estas personas que, incluso en la realidad, han permanecido casi infantiles del todo, los recursos habituales del tratamiento psicoanalítico no son suficientes. *Lo que necesitan estos neuróticos, es ser verdaderamente adoptados y que se les deje por vez primera disfrutar de las excelencias de una infancia normal.* No descarto que el tratamiento analítico en clínica, tal como ha sido preconizado por Simmel, pueda ser desarrollado en este sentido.

Si llegamos a comprobar que una parte de la técnica de la relajación y de la experiencia neocatártica aquí propuesta es exacta, podremos sin duda ampliar sensiblemente nuestras perspectivas teóricas y el campo de acción de nuestra práctica. A fuerza de trabajo laborioso, el psicoanálisis moderno consigue restablecer la armonía destruida y corregir la repartición anormal de la energía entre las fuerzas intra-psíquicas, mejorando notablemente las capacidades y la eficacia del paciente. Pero las fuerzas intra-psíquicas sólo representan el conflicto que se ha desarrollado en un principio *entre el individuo y el mundo exterior.* Tras haber reconstruido la historia del desarrollo del Ello, del Ego, y del Super-Ego, muchos pacientes repiten también, en la experiencia neocatártica, el combate original con la realidad, y la transformación de esta última repetición en recuerdo podría proporcionar una base aún más sólida a la existencia ulterior. El paciente se halla de alguna forma situado en la posición del dramaturgo que, presionado por la opinión pública, se siente obligado a transformar la tragedia proyectada en un drama con final feliz. Permítanme que concluya de esta forma optimista y que les agradezca cordialmente la atención que han dispensado a mi conferencia.

(Sandor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo IV, 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.