

un recorrido temporal, *ein zeitlicher Ablauf* de la situación analítica, de un *Ablauf* como devenir, o como proceso.

De pronto, los autores pasan a otra metáfora de *Ablauf*, en la que se trata de devanar hilo entre carretes. Este lugar adquirió su evidencia gracias a la cuidadosa lectura comparativa que hizo Antonio Montes de Oca T., de la presente versión en castellano y la edición inglesa.<sup>2</sup> *Ablauf* se traduce al inglés casi siempre por *unwind*, que sería desenrollar, desenvolver. Hace pensar en el hilo de la caña de pescar.

Es muy arduo el trabajo de Ferenczi y Rank para *decir* cómo es el *Ablauf* de un análisis, qué pasa con el *Ablauf* de la libido en un análisis, cuál es el papel del analista en la regulación de ese *Ablauf*. El lugar específico donde aparece la metáfora del hilo, es cuando hablan de la última fase del proceso de un análisis. Cuando se habla de *Auflösungs*, que hemos traducido por disolución, pero que con la metáfora del hilo, también puede traducirse como desenlace.

## Prólogo

En el verano de 1922, un cambio de impresiones sobre problemas actuales del psicoanálisis dio lugar al proyecto de plantear y resolver, en labor conjunta, ciertas dificultades teóricas y prácticas que se nos presentaban y —presumiblemente— también se les presentaban a otros. La parte crítica del trabajo fue originalmente escrita por uno de los autores (Ferenczi) y el fragmento positivo ("La situación analítica") por el otro (Rank). Ambas partes estuvieron listas en su primera versión antes del Congreso Psicoanalítico de Berlín (septiembre de 1922) y después fueron retrabajadas en conjunto.

En dicho congreso, el profesor Freud propuso como tema de concurso "La relación entre la técnica analítica y la teoría analítica" para examinar "la influencia que ejerce la técnica sobre la teoría y qué tanto se orientan una a la otra, o se obstaculizan".

Ya que el tema era muy cercano a los problemas que tratábamos, resultó pertinente elaborar nuestros trabajos en ese sentido. Intentamos ponernos a la altura de esta tarea mediante la redacción de un texto acerca de la mutua influencia entre teoría y práctica, y haciendo correcciones al texto mismo, pero no logramos plantear debidamente la amplitud de la problemática, por lo que tuvimos que renunciar a participar en el concurso que, justamente, quedó desierto.

Entre tanto, se nos plantearon nuevas perspectivas cuya elaboración tuvo que postergarse hasta que fue posible concluir el trabajo en su forma actual, cuyas fallas e incongruencias esperamos que sean disculpadas tomando en consideración esta historia de su surgimiento.

Klobenstein am Ritten, agosto de 1923.

<sup>2</sup> S. Ferenczi y Otto Rank, *The Development of Psychoanalysis*, trad. del alemán de Caroline Newton, Nervous and Mental Publishing Company, Nueva York y Washington, 1925. [N. de E.]

## Introducción

Como es sabido, en el transcurso de unos treinta años, el método psicoanalítico evolucionó de un simple procedimiento médico-terapéutico para el tratamiento de algunas perturbaciones neuróticas, hasta un edificio de enseñanza científica de largo alcance que se amplía poco a poco, pero sistemáticamente, y parece llevar hacia una nueva comprensión del mundo.

Si uno quisiera darle seguimiento, paso a paso, al camino de esta evolución, y estudiar la mutua influencia del método terapéutico y la técnica médica por un lado, y el detalle de la construcción científica por el otro, no querría menos que escribir una continuación de la *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*.<sup>1</sup> En la iniciación de esta tarea, aún hoy insoluble, sería inevitable abordar problemas que rebasan con mucho el tema del psicoanálisis en sí mismo, para tomar como objeto de estudio la relación entre los hechos elaborados por una ciencia, y ella misma. Esta tarea, de suyo considerablemente difícil por que lleva hasta las preguntas más básicas de todo nuestro método científico, se vuelve casi imposible para el psicoanálisis, que se encuentra todavía en desarrollo y en cuyo proceso estamos directamente comprometidos; es decir, que somos representantes de ambos grupos: del médico-terapéutico, así como del científico-teórico. Esto nos dificulta mucho arribar a una comprensión objetiva de esta relación de mutua influencia.

<sup>1</sup> Cf. Freud, "Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung" (*Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, 4. Folge). [Sigmund Freud, "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico" (1914), *Obras completas*, trad. José L. Eichengrén, t. XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 2000, 2ª ed., 9ª reimp., pp. 1-64.]

No se puede negar, efectivamente, que en los últimos años ha cundido entre los analistas una creciente desorientación, sobre todo con respecto a cuestiones práctico-técnicas. En sentido contrario al rápido avance de la enseñanza psicoanalítica, el momento técnico-terapéutico, que es justamente la semilla del asunto y ha sido el verdadero acicate de cualquier avance significativo en la teoría, ha sido indudablemente descuidado en la literatura.<sup>2</sup> Esto podría crear la apariencia de que, entretanto, el desarrollo de la técnica se ha detenido, en especial porque, como se sabe, Freud mismo ha sido muy reservado respecto a este punto, como puede verse en el hecho de que desde hace casi diez años no ha publicado ningún trabajo de orientación técnica. Sus escasos artículos técnicos (compilados en la *Sammlung kleiner Schriften*, IV. Folge [colección de pequeños escritos. Volumen IV]) representaron, también para los analistas que no realizaron un análisis personal, la única dirección para la labor terapéutica, a pesar de que, desde la perspectiva del mismo Freud, son incompletos, han sido superados y requieren de modificaciones. Así se explica que el gran número de análisis que se basaban en el estudio de la literatura, permanecieran rígidamente fijos a estas reglas técnicas sin poder hallar el enlace con los avances que, entretanto, había hecho la ciencia del psicoanálisis.

Inconformes con este estado de cosas, nos sentimos muchas veces presionados a hacer una pausa en el trabajo práctico para examinar estas dificultades y problemas. Nos percatamos de que nuestro conocimiento técnico había tenido avances no desdeñables cuya comprensión consciente y cuya valoración nos daban las condiciones para ampliar nuestro saber. Ante la necesidad general de aclarar este estado de cosas, consideramos conveniente

comunicar nuestras experiencias y pensamos que la mejor manera de hacerlo es intentar exponer cómo practicamos y qué entendemos ahora por psicoanálisis. Sólo entonces será posible comprender las dificultades actuales por doquiera y —es nuestra esperanza— corregirlas.<sup>3</sup>

Para ello es imprescindible referirnos al último trabajo técnico de Freud *Recordar, repetir y reelaborar* (1914).<sup>4</sup> A los tres momentos enunciados en el título se les ha atribuido un sentido desigual, en tanto recordar se ubica como meta del trabajo analítico, considerando que el querer volver a experimentar, en lugar de recordar, es síntoma de la resistencia que habría que evitar. Desde la perspectiva de la compulsión a la repetición, no sólo es absolutamente inevitable que, durante la cura, el paciente repita tramos enteros de su desarrollo, sino que además, la experiencia ha mostrado que se trata justamente de aquellos tramos que no pueden ser recordados. Al paciente no le queda otro camino que reproducirlos; sólo así el analista puede aprehender el material inconsciente. De lo que se trata es de comprender también esta forma de comunicación, la así llamada habla gestual (Ferenczi) para explicársela al paciente. Como Freud nos ha enseñado, los síntomas neuróticos no son otra cosa que comunicaciones deformadas, formas de expresión en primera instancia no comprendidas del inconsciente.

La primera necesidad práctica que deriva de esta perspectiva implica no sólo no inhibir en el análisis estas tendencias a reproducir, sino incluso promoverlas siempre y cuando se sepa dominarlas, ya que de otra manera, el material más importante no aflora ni se resuelve. Por otro lado, a la compulsión a la repetición se le oponen algunas resistencias —quizá también biológicamente fundadas—, sobre todo la angustia y los sentimientos de culpa que no podemos vencer más que a través de

<sup>2</sup> Son una excepción los intentos de Ferenczi por fundamentar la necesidad de una intervención activa en la técnica; intentos ya ignorados por la mayoría de los analistas, o mal interpretados, quizá porque en ese entonces, el autor, al poner el acento en la nueva perspectiva, no le dio suficiente valor a la necesidad de orientar al lector respecto de cómo esa nueva perspectiva se inscribía en la teoría y la técnica prevalecientes. (Cfr. "Weiterer Ausbau der activen Technik in der Psychoanalyse", *Zeitschrift*, VII, 1922.) [Sandor Ferenczi, "Los nuevos adelantos de la terapéutica activa en el psicoanálisis" (1920), en *Teoría y técnica del psicoanálisis*, trad. del inglés de Enrique Kennedy, Lumen/Homme, Buenos Aires, 2ª ed., 2001, pp. 148-161.]

<sup>3</sup> Sigmund Freud, "Recordar, repetir y reelaborar" (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914), en *Obras completas*, op. cit., t. XII, pp. 145-157. [N. de E.]

<sup>4</sup> Que por cierto se impone a la realidad a menudo y en detrimento del análisis, tocando en especial a la vida amorosa (relaciones, casamiento, divorcio, etc.) bastante negada en el análisis.

una intervención activa en el sentido de promover la repetición. Así llegamos a otorgar el papel principal en la técnica psicoanalítica a repetir en lugar de recordar.<sup>5</sup> Esto no debe entenderse simplemente como dejar que los afectos se pierdan en "experiencias", se trata de paulatinamente permitir y disolver, es decir, de transformar lo reproducido en recuerdo actual.

Los avances que derivan de esta manera de inventariar nuestro saber, se contemplan y formulan en dos aspectos. Del lado de la técnica se trata de enfatizar la "actividad" en el sentido de una promoción directa, en la cura, de la tendencia a la reproducción, hasta ahora descuidada e incluso considerada a la reproducción apartición colateral. Desde la perspectiva teórica tenemos el reconocimiento de la sobresaliente significación, también en las neurosis, de la compulsión a la repetición, identificada por Freud.<sup>6</sup> Esta reciente perspectiva hace comprensibles los resultados de la "actividad" y fundamenta su necesidad en el aspecto teórico. Consideramos, por ello, no caer en contradicción con Freud si en adelante otorgamos a la compulsión a la repetición en la terapia, el lugar que le corresponde, biológicamente, en la vida anímica.

## II

### La situación analítica

#### 1. El curso de la libido y sus fases

Al proponernos bosquejar a grandes rasgos la situación actual del análisis aplicado a la terapia, de entrada evitaremos que se piense que lo que está en juego es una exposición detallada de la técnica. En caso de que algo así fuera literariamente posible, tendría que quedar a cargo de trabajos cuya orientación fuese totalmente distinta.<sup>1</sup>

Si consideramos que la definición freudiana de la técnica analítica se basa en caracterizarla como un método que toma los hechos psíquicos de la *transferencia* y de la *resistencia* como fundamento para influir en el paciente, se puede llegar a una formulación muy general del psicoanálisis, que se representa al analista tratante como *individualmente determinado en un proceso temporalmente delimitado, dentro del desarrollo libidinal del paciente*. Respecto a este proceso automático del fluir libidinal, el cual —de manera similar al proceso de curación orgánica— implica su propio tiempo y sus crisis, lo que le queda por hacer al analista es intervenir, corrigiendo, en aquellos lugares en los que sienta una interferencia, es decir, una manifestación neurótica en la forma de una resistencia. Este proceso libidinal artificial se inaugura y se sostiene en la transferencia, la cual es descrita por Ferenczi<sup>2</sup> como un caso especial —sólo dado bajo ciertas condiciones favorables en el análisis— de la *generaliza-*

<sup>1</sup> En lugar de una exposición literaria de la técnica analítica, tendría que aspirarse a un programa detallado de la enseñanza policlínica del psicoanálisis, a través del cual se aprendería la técnica correcta.

<sup>2</sup> "Introjektion und Übertragung", *Jahrbuch* 1, 1909. [Sándor Ferenczi, "Introyección y transferencia" (1908), en *Sexo y psicoanálisis*, trad. del inglés del Dr. Santiago Dubrovsky, Lumen/Horné, Buenos Aires, 2ª ed. corregida, 2001, pp. 33-64.]

<sup>5</sup> Se respetaron las comillas e itálicas del texto en alemán. [N. de E.]

<sup>6</sup> *Jenseits des Lustprinzips* (1921). [Sigmund Freud, "Más allá del principio del placer" (1920), *Obras completas, op.cit.*, t. XVIII, pp. 1-62.]

da pasión transferencial humana, que en los neuróticos cobra una expresión accentuada. Mientras que esta expansión libidinal muy a menudo se inhibe y se trastorna en la vida real, el análisis permite, bajo condiciones especiales, que se manifieste, e incluso, en algunos momentos, la promueve. De este planteamiento se deriva el papel más bien pasivo y sólo en algunos momentos activo, que le corresponde al analista. Respecto al sufrimiento de su paciente, para empezar, no tiene otra cosa qué hacer más que permitir que se exprese, no sólo para descubrir en qué consiste ("diagnóstico analítico"), sino debido a ciertas particularidades de las neurosis cuya curación implica la actualización de viejos materiales reprimidos. De la misma manera, el internista sólo puede intervenir en una enfermedad orgánica en tanto localice el proceso de la enfermedad. Lo que el analista puede aprender del buen internista, es la observación tranquila y objetiva del curso que tome la enfermedad, la paciencia, y una pasividad que confíe en la "naturaleza" del enfermo. Todo lo demás, incluso las muy valoradas virtudes médicas, estorban el trabajo analítico. Siguiendo a Freud, la diferencia fundamental entre el médico y el analista se puede formular planteando que el analista no sólo utiliza la transferencia latente, presente en todas partes, para aligerar el flujo libidinal, sino que la va señalando al paciente para finalmente liberarlo de ella. Esto último contradice el ideal médico, puesto que una parte del arte médico descansa en la confianza, es decir, la transferencia *inconsciente* que el médico mantiene, también por interés del paciente. Es en este sentido que en la medicina interna, que trabaja con la transferencia inconsciente como una importante herramienta, hay muchos más "efectos por sugestión" que en el psicoanálisis, que también recurre a esta transferencia, pero al final, utiliza el desenlace de esta relación como herramienta terapéutica para la disolución de las fijaciones libidinales infantiles. Por eso, el "caso ideal" del analista, en contraposición a la práctica médica, es el paciente al que no se vuelve a ver; el mejor curado es aquél del que no se vuelve a saber nada. Este éxito presupone del lado del paciente una posibilidad de sublimación y de renuncia como no les es dada a todas las personas.

De la comprensión del análisis como la introducción artificial de un proceso de desagüe libidinal con el fin de corregir formas

de descarga neurótica, se desprende la respuesta a la pregunta muchas veces planteada acerca de la posición del analista, quien durante la repetición de este flujo libidinal, se mantiene bastante pasivo, por así decir, como objeto, o mejor como fantasma de este proceso. Sin embargo, en los momentos en que es necesaria una corrección del curso neurótico, interviene en forma "activa" o a manera de catalizador.

DE LA TÉCNICA

Antes de responder a la pregunta de cómo se efectúa el análisis de las resistencias libidinales y cuáles son los puntos en que lo neurótico se presenta para ser corregido, queramos acentuar que en la práctica, las fases analíticas no suceden de manera tan esquemática. Se trata fundamentalmente de las fases de la *resistencia* y de la *transferencia* cuya conquista es el trabajo principal del análisis, que puede nombrarse, sintéticamente, *cura de sus-tracción de libido*.

RESISTENCIA

En la *resistencia*, en la que el yo se defiende por una parte de la reproducción del inconsciente y por la otra, aún más de su análisis, surgen fundamentalmente los recuerdos preconscientes del paciente, o sus particularidades manifiestas de carácter y sus formaciones ideales, a cargo del yo. Todas estas resistencias desiguales que, como hemos descrito, afectan el flujo de la transferencia de libido, se eliminan paso a paso en el transcurso del análisis. Por lo general, primero se ponen en consideración las resistencias del narcisismo y de la formación de ideales provenientes del yo. Allá donde representa muchas dificultades porque toda la personalidad actual del paciente se interpone, con todo su peso, inhibiendo las vías del flujo libidinal automático, inconsciente. Muchas veces, allanar estas resistencias del yo sólo se logra hiriendo al narcisismo o suspendiendo transitoriamente los viejos ideales del yo, gracias a lo cual, el flujo libidinal, o por mejor decir: la manifestación afectiva de pulsiones libidinales, puede desplegarse con más libertad que antes. El fenómeno de la transferencia es, por así decir, un sello de cera de la antigua situación libidinal del paciente. Por medio de la conocida traducción de las manifestaciones inconscientes al lenguaje de la conciencia, y por vía de las tendencias a la repetición de antiguas situaciones libidinales, se logran reproducir tramos esenciales del desarrollo infantil dañado del individuo.



Al contrario de los recuerdos preconcientes de la fase de la resistencia, que provienen de diversas esferas de interés y de centros de carga libidinal, y que el paciente acumula bajo la influencia de la situación analítica, en la toma de conciencia de las tendencias libidinales que actúan en la *transferencia*, se trata de la *reproducción de situaciones que generalmente nunca habían sido conscientes*, sino que provienen de aquellas tendencias e impulsos que en el desarrollo infantil fueron vividos, pero inmediatamente reprimidos. Esos impulsos de deseo, por decirlo así, cortados en la infancia, pero que siguen aspirando a satisfacerse en el inconsciente, mientras el yo hace tiempo que los rechazó [*verworfen*] (conflictos neuróticos), logran ser "vividos" *intensamente por primera vez* a través del análisis de la transferencia. Con ayuda del convencimiento propio así ganado, el paciente se pone en condiciones de evitar las reacciones patológicas para ponerse al corriente en su ajuste a la realidad. La resistencia fundamental a superar, es la *angustia* infantil; su respectiva liga con el conflicto libidinal parental como *culpabilidad* inconsciente. Ésta contiene en sí misma materiales de conflicto, puesto que surge del conflicto del yo y el respectivo ideal del yo, con las tendencias libidinales y sus correspondientes impulsos de deseo. El neurótico sufre, de manera muy clásica en la neurosis obsesiva, pero también de manera evidente en otras formas de la anormalidad psíquica (perversión, psicosis, etc.), un exceso de esta culpabilidad inconsciente. Si se logra reducir analíticamente esta culpabilidad actuante desde la represión a través de la disolución y la abreacción en angustia, a una medida normal, las tendencias libidinales inhibidas desde la infancia pueden atreverse a avanzar en forma de transferencia, hacerse conscientes y, sobre la base de la perspectiva analítica, ser elaboradas de manera nueva y conveniente por el yo actual. Es sabido que esta nueva elaboración se alcanza, en parte, por el camino del rechazo crítico [*kritische Verwerfung*] (nuevo ideal del yo), el de la sublimación, y también por el camino de la afirmación [*Bejahung*] (el gozar la vida).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Este gozar la vida (*Ausleben*), no debe ser malentendido en forma tendenciosa. Es justamente comprensible que una parte de la libido liberada del neurótico abre paso a la satisfacción directa, de la cual también participa el normal, y a la que no es menester que renuncie.

Ya la creación de la situación analítica y la licencia temporal, también fantasmiosa de la libido de transferencia, representan una considerable satisfacción libidinal de lo hasta entonces prohibido por el yo. Pero en el análisis, no sólo se trata de hacer una reconstrucción por vía del desciframiento de las reproducciones de las fijaciones infantiles durante el desarrollo libidinal del paciente, reproducciones que se hacen presentes en la transferencia. A través de la paralela satisfacción respecto del poderío de la culpabilidad (angustia), se trata de proporcionar, por primera vez, una descarga a las tendencias libidinales patógenas. En cada caso se trata, también, de un vivir de nuevo, de una reproducción, en contraposición al recuerdo de los materiales preconcientes. De aquí que, naturalmente, el paciente persiga sustraerse a importantes situaciones libidinales de la reproducción *analítica*, a través de la repetición *real*, lo cual hay que saber reconocer y evitar —en los casos extremos, con apoyo de una intervención activa (prohibición). Otro es el caso de la repetición analítica, la cual brinda la oportunidad no sólo de reproducir ciertas situaciones en el análisis, sino también de *comprenderlas* analíticamente y aprender a dominarlas. El esclarecimiento consciente del paciente resulta ser, muchas veces, sólo un recurso para la reproducción de situaciones reprimidas, que como tales, no pueden "recordarse" puesto que, como hemos dicho, nunca habían sido conscientes. Junto a estas *representaciones de expectativa* [*Erwartungsvorstellung*] que hay que darle al paciente en sucesión de sus asociaciones y resistencias, la *privación libidinal* representa un importante recurso para el logro de la reproducción, y es menester mantener al paciente en esa situación durante el análisis puesto que también la neurosis surgió bajo el efecto de la sustracción de alguna satisfacción libidinal que antes le fue permitida. A través de esta privación libidinal se evita, además, una *prematura* evaporación de los afectos en la situación transferencial, y por la vía de su interpretación y esclarecimiento progresivos, se abre paso a la libido hasta aquellos puntos en los que el desarrollo fallido tuvo su origen (zonas de fijación).

Liberada de esta manera de la represión (de angustia y culpabilidad) la libido infantil del paciente, habiendo encontrado con nuestra ayuda "activa" el valor de reconocer sus tendencias libidi-

nales, se trata de *separar* de la situación analítica toda esa libido infantil reproducida en la situación transferencial, de manera que al paciente se le abra paso hacia una nueva y normal utilización de la libido. Esta tarea corresponde a una fase especial del análisis que designamos como *desestabilización libidinal* y que significa, analíticamente, la disolución correcta de la transferencia. Que el paciente está maduro para esto, se deja ver a través de señales diversas, más o menos claras, que no han de malinterpretarse. El rasgo principal de esta situación es el momento ya designado por Freud en el cual, el análisis, bajo la forma de una neurosis artificial (fijación libidinal actual en vez de la infantil), es decir, convertido en una compulsión, toma el lugar de la vieja neurosis. Ahora solamente se trata de disolver, por la vía de la correspondiente "elaboración", esta neurosis de transferencia artificial con sus nuevas y actuales tendencias a la fijación, lo cual se logra por el desmontaje de la transferencia, que debe ocurrir de la misma manera *gradual* como el fluir libidinal automático de la primera fase, bajo las inhibiciones de las resistencias del yo. En este paulatino desarrollo y disolución de la situación analítica, se expresa claramente el sentido del análisis como desplazamiento o evacuación libidinal que requiere de un cierto *recorrido temporal*.

En este punto del análisis, en el que el desarrollo libidinal del paciente está, digamos, totalmente devanado y se ha *transferido* del carrete de la fijación infantil al de la fijación analítica —un devenir en el que por lo menos todos los lugares de fijaciones patógenas de su libido fueron reproducidos cinematográficamente— el psicoanalista *interviene* en el *recorrido temporal mismo* en tanto *pone un plazo* a la terminación —en el último tramo del análisis— del devaneo del carrete analítico al real, mientras que, en adelante, el fluir automático de la libido del paciente muestra la tendencia a fijarse en el análisis como sustituto de la neurosis.

En esta última fase del análisis, en la que debe dejarse ver que el paciente tolera la sustracción de libido, aparecen, naturalmente, nuevas resistencias del lado del yo, que se dirigen hacia una devaluación de todo el trabajo analítico y a la no aceptación de sus resultados. Esto se debe a que el inconsciente del

paciente estaba orientado a aceptar el análisis sólo al precio de la satisfacción real de la libido en la transferencia. Ahora hay que *renunciar* a ello y *aceptar los resultados del análisis* con el consecuente cambio en la orientación. Esta es una prueba de paciencia para el paciente que se esfuerza, en el sentido de la privación neurótica, en mostrar que la sustracción de libido también pone en peligro a la cura, cuando en realidad, es el único camino por el cual el trabajo analítico finalmente concluye. El plazo de terminación establecido en base a la formación de la neurosis de transferencia, ha de observarse con rigor, sin dejarse llevar por los "avances" que aparentemente puede hacer el paciente bajo la presión de esta firmeza, ni dejarlo ir antes de tiempo; es precisamente en esta última fase en la que puede hacerse lo decisivo para el éxito terapéutico, el cual solamente fue preparado en las fases anteriores.

Podemos ahora, mirando hacia atrás, resumir el sentido probablemente dicho del tratamiento analítico: lo esencial del análisis reside, como hemos dicho, en un proceso del flujo libidinal, limitado temporalmente, en cuyo transcurso todas las exigencias de la libido infantil encuentran, parcialmente, satisfacción en la transferencia; pero, en realidad, lo que experimentan, paralelamente a la concesión de una satisfacción del orden de la fantasía, es su gradual disolución, hasta la adaptación consciente definitiva. Esta aprehensión del análisis toma en consideración los contenidos y conexiones de las reacciones libidinales claramente trazados por Freud. De aquí que el proceso durante el tratamiento psicoanalítico y las situaciones analíticas en que dichas reacciones libidinales culminan, encuentren la siguiente representación básica.

En tanto situamos libidinalmente al paciente en la antigua relación parental infantil, permitimos a su personalidad actual, por así decir, transmutarse gradualmente, en sus estadios infantiles previos. En consecuencia, a la primera fase del análisis corresponde esta nueva instalación, o por mejor decir, reinstalación del paciente, en la cual recupera la carga libidinal de todas las ramificaciones altamente desarrolladas de su sistema yoico (su personalidad y respectiva neurosis), para llevarla por el riel de la antigua libido edípica y sus estadios previos. Esta repre-

sentación de meta inconsciente que pareciera translucirse desde una gran lejanía, es lo que lo guía en todas sus asociaciones, tanto en las manifestaciones de su libido, como en las exteriorizaciones inhibitorias de sus resistencias yoicas. Todo el proceso está bajo la fuerte presión de la libido infantil por alcanzar al fin alguna posibilidad de satisfacción, y ocurre bajo protesta de toda la personalidad actual, que, con su ideal de yo y las tendencias pseudonarcisistas, se resiste a esta reducción a lo infantil. Mientras más intensa es la presión de las tendencias libidinales que confluyen en la transferencia, más fuertes son, también, las resistencias inhibitorias del yo. Aquí queda claro lo que quiere decir que, en realidad, sólo se trata de eliminar las resistencias que se interponen en el camino del despliegue de la transferencia de libido. Felizmente, porque de no ser así, el esfuerzo analítico sería sencillamente arrasado por el peso y la inminencia de las corrientes libidinales. Pero la resistencia genuina, lejos de estorbar al trabajo analítico, es requerida, como el muelle que mueve las ruedas del reloj, para regular y dosificar el proceso. Pero no debe pensarse que exclusivamente inhibe el curso libidinal para hacer posible la función analítica; paralelamente, el significado de su *contenida* es importante porque casi siempre es una señal de que también aquí el paciente reproduce en lugar de recordar, y en el contenido revela lo que quiere sustraer a la elaboración analítica por vía de la reproducción. Desde esta perspectiva, la *disolución de las resistencias libidinales en la situación analítica* es una de las tareas principales de la técnica psicoanalítica.

Habiendo sido exitoso el primer ajuste a la situación analítica, o sea que el analista fue ubicado en lugar del ideal del yo libidinal (padre, madre), entonces la neurosis original proveniente de la situación edípica, apartada de ésta por la continua represión, es llevada en forma artificial a su lugar de origen. Por esta vía se ha establecido la transferencia, en todo su sentido inconsciente, y ahora será utilizada para trasladar la antigua "neurosis edípica", que bajo la influencia del desarrollo del yo se transformó en alguna de las formas clínicas conocidas, hacia una nueva *neurosis de transferencia analítica*. Esto sucede gracias a la *consecuente traducción del material inconsciente en cada una de sus manifestaciones, y a su interpretación, tanto en el sentido de la situación analítica, como, paralelamente, de*

*la situación infantil*. Por este camino de experimentar por primera vez la resolución de los impulsos libidinales infantiles, en un continuo desahuce, en el sentido de hacer algo consciente bajo negación [Versagung],<sup>4</sup> el paciente aprende por fin y para siempre a renunciar a la realización inadecuada y a la satisfacción patológica de la libido infantil, que de ahora en adelante será rechazada por la crítica del nuevo ideal del yo. Esta es la educación posterior de la libido en el análisis, a la que el neurótico debe darse acceso. Se logra en la medida en que paulatinamente permitimos que el paciente regrese, por el camino de la transferencia, al tiempo de la constitución del "complejo de Edipo" (no a la situación en sí misma). A través del esclarecimiento de la transferencia y de la remoción de las resistencias, se abre paso y disponibilidad a las vías de conexión y descarga que fueran obstruidas por la represión.

En la realización correcta y consecuente de esta tarea, están comprendidos los problemas técnicos más importantes del psicoanálisis. La manera singular en que la libido edípica normal fue asimilada en cada caso por el yo (las más de las veces reprimida), se manifiesta en los fenómenos de la transferencia y de la resistencia, los cuales hay que comprender, adiestrar de nueva cuenta metódicamente, y disolver. De aquí resultan —naturalmente por la acumulación de la experiencia analítica que también halla su sedimentación en la teoría— ciertas formas de expresión típicas, como también hay formas típicas para las tentativas de dominio de la libido por parte del yo: las neurosis, los correspondientes tipos de carácter.

Una reacción a la reproducción analítica de la situación edípica, regularmente repetida en el análisis, es que se hace manifiesto el complejo de castración. Éste significa, para el hombre, la desviación de la libido hacia la madre como objeto y la identificación con ella, a partir de la cual pueden desarrollarse las más variadas formas patógenas<sup>5</sup> según sea el destino de la

<sup>4</sup> Versagen es *rehusar, no conceder, declinar*. De otra manera, "fallar las fuerzas", fracasas, ser ineficaz. (N. de T.)

<sup>5</sup> Cf. Rank, *Perversion und Neurose* [Pervención y neurosis].



represión del sentimiento de culpa inconsciente que actúa como motor, para la mujer, significa desviarse del padre e identificarse con él en el sentido de la permanencia del infantil deseo de pene. Así como estos mecanismos debieron servir en el desarrollo infantil para apartarse del papel edípico correspondiente, en el análisis, que activa de nuevo esta situación, reaparece el complejo de castración, por así decir, como "complejo de *Etiopo negatho*". Entonces, lo que en el análisis hallamos como "complejo de castración", corresponde a un *uso neurótico* (síntoma de defensa) de la bisexualidad infantil normal, es decir, un estadio del desarrollo en el cual aún no había diferencias de género. Por supuesto que este síntoma apunta hacia estadios infantiles más lejanos, comunes a ambos géneros, que aquí no pueden abordarse más de cerca.<sup>6</sup>

En la medida en que partimos de la ya muy deformada neurosis, tal como se manifiesta en los síntomas clínicos, para trasladar al paciente a la neurosis de transferencia, le posibilitamos pasar, en el análisis, por la nunca activada "neurosis original" del conflicto edípico con todos sus estadios previos. Por esta vía, su enfermedad, que tenía que sustituir a estas inaccesibles manifestaciones reprimidas de pulsiones originales, se vuelve caduca, prescindible. La doble temporalidad de la intervención analítica: activación de la neurosis original y su disolución, parece corresponder a la doble temporalidad de la formación de la neurosis: neurosis infantil - neurosis clínica, la cual a su vez deriva de la explicación, en sentido freudiano, del hecho biológico característico del humano, que es una doble inserción del desarrollo sexual.<sup>7</sup>

La neurosis responde al hecho de que la primera fase de desarrollo y represión, por naturaleza inacabada y además, inacabablemente superada, se entremete en la fase de madurez

<sup>6</sup> Cf. Rank, *Das Trauma der Geburt*, 1924. [Otto Rank, *El trauma del nacimiento*, trad. Nilda M. Finetti, Paidós Studio, Barcelona, 3ª reimp., 1991.]

<sup>7</sup> Se demuestra aquí el caso excepcional de una aprehensión que, partiendo de necesidades puramente prácticas (técnicas), se presta a posteriori (*nachträglich*) como comprobación de una hipótesis teórica anterior, y no como una aplicación mecánica de la misma.

sexual. En el inconsciente, el neurótico permaneció detenido en esa fase de conflicto primitiva, biológica, lo cual hace comprensible tanto el carácter infantil de las neurosis, como la necesidad de la posterior educación analítica. De ahí que no sólo detrás de toda neurosis haya una neurosis infantil, sino que el análisis tiene justamente la tarea de reavivar la neurosis infantil tras la neurosis clínica, es decir, llevarla hacia la fase temprana conflictiva, la cual quizá nunca haya sido manifiesta. Esta neurosis original sólo puede repetirse y con ello resolverse psíquicamente en el análisis a través de la reproducción que fundamentalmente se experimenta en la transferencia.

#### DESARROLLO DE LA TERAPIA

El psicoanálisis permite, entonces, al paciente, volver a experimentar, e incluso experimentar, en parte, por primera vez, la situación libidinal infantil original con cierta satisfacción, bajo la condición de la renuncia consciente a su realización inadecuada. Esta tarea puede ser conquistada por el yo adulto del paciente bajo la presión del análisis, de manera que esté en condiciones de tolerar conscientemente el amor edípico no correspondido. En efecto, este poder tolerar una renuncia parcial evitando la represión en bloque, faculta al hombre para allegarse las satisfacciones sustitutivas que la realidad le ofrece. Las pulsiones amorosas infantiles que inhibidas en su desarrollo perviven en el inconsciente, pugnan, en el análisis, por su repetición (en la transferencia), y su advenimiento sucede con ayuda de nuestra técnica. Entonces, conforme a las reglas de la situación analítica, no se repite todo el desarrollo del individuo, sino sólo aquellas fases del desarrollo de la libido en las que el yo se quedó fijado a pesar de su inconveniencia.

La pregunta teórica de si el análisis es una *educación del yo* o una *educación de las pulsiones amorosas*, se responde en la praxis planteando que la primera fase de todo análisis representa una educación del yo en la medida en que uno acostumbra al yo de los pacientes a reconocer manifestaciones libidinales adversas al yo, y evite que se repita el viejo proceso represivo. En una fase posterior, ya que la transferencia se ha desarrollado, el desarrollo libidinal detenido en la infancia se despliega por completo; en la fase de deshabitación o de retiro, son nuevamente las energías yóicas, las fuerzas provenientes del nuevo ideal del

yo, las que se ocupan de que los impulsos, renovadamente manifestos, se ajusten a la realidad. Por supuesto que estas fuerzas yóicas no requieren ser introducidas en el paciente a través de prédicas morales o metas anagógicas; éstas se hallan presentes de entrada en todo paciente que no padezca de alienación mental, al igual que la pasión transferencial, y después de todo, son ellas las que efectúan el proceso de cura (la *extensión* de la transferencia libidinal puesta en el médico hacia "objetos más reales" de la vida). Sin la ayuda de estas fuerzas yóicas y sin una porción de egoísmo natural, sería irresoluble la última tarea del psicoanálisis: la deshabitación de la cura. En esta fase se trata de llevar al paciente, con ayuda del amor hacia el médico, a renunciar a ese amor. Esto sería una *contradicción in adjecto*, algo del orden de lo imposible si el entendimiento del paciente no tuviera voz en el asunto. Ya que el paciente llega al *convencimiento* de que el amor del médico es en verdad malcanzable en la *realidad* (que este sea el caso es algo que sólo asume en la última fase de la cura), reconoce al mismo tiempo, de manera consciente y sensible, el carácter irrealizable de las mociones libidinales infantiles para contentarse con lo que la vida le brinda. Es notable cómo se precipita la libido liberada de la cura sobre nuevos planes de vida. Al final de la cura, vemos aparecer compendiado ante nuestros ojos el proceso de la sublimación que en la vida común requiere años de educación, sin que para ello sea necesaria ninguna guía. La libido que quedó disponible conquistista en forma espontánea todas las capacidades, todas las posibilidades de descarga, en adecuación al yo, para gozar la vida plenamente.

## 2. La disolución de la fijación libidinal en el momento de la vivencia

En la creación de la *situación analítica* se expone otra vez al paciente a su trauma infantil en la medida en que a su libido edípica insatisfecha, que de manera neurótica se había desplazado hacia objetos inadecuados, se le hace presente el antiguo, el objeto propiamente dicho. La descarga libidinal que así se desencadena, representa para el inconsciente del paciente una

satisfacción respecto de la situación a la que está anudado, satisfacción que no puede encontrar en ninguna otra parte. Damos a los pacientes la imagen parental, buscada desde la más temprana infancia, en la que pueden experimentar plenamente su libido en forma afectiva. En tanto el paciente nos identifica con el padre o la madre, indica claramente que se trata de esa imagen parental ideal que buscaba, la cual, por cierto, no podemos presentarle permanentemente en la forma por él deseada. Si esto hiciéramos, como ocurre a menudo, "curaríamos" aparentemente al paciente manteniéndolo felizmente enamorado, mientras que las metas del análisis son llevarlo a renunciar parcialmente a esta libido infantil a través de la asunción de su imposible realización. Nos corresponde mostrarle, en una *experiencia pensosa*, cómo la satisfacción de sus impulsos libidinales contradice a su ideal del yo adulto.

En y por medio de la transferencia, se logra erigir un nuevo ideal provisional contra el que se defiende, por medio de resistencias, el ideal del yo que trata el paciente; entretanto, su ser infantil antiguo, reprimido, aspira a él. En la medida en que uno se vuelve por de pronto abogado de lo reprimido—como lo expresara Freud—, es posible remover las resistencias que provienen del yo. Una de las manifestaciones más comunes de la resistencia al inicio del análisis, es la identificación con el padre, con el obstinado deseo de aventajar en todo, que se opone a la aceptación de la situación infantil en juego en el análisis. Ya en esta primera fase del análisis de las resistencias del yo, se requieren intervenciones *activas* por parte del analista, que no necesitan sobrepasar la autoridad analítica parental debida a la transferencia. Cuando las resistencias del yo han sido eliminadas y la transferencia se ha establecido en un frente más amplio, se utilizará durante el tiempo que sea necesario para la reproducción en el análisis, hasta que *de ella misma* surja la segunda gran resistencia en todo análisis después de la del yo: la *resistencia de la libido*, es decir, la oposición natural contra la privación impuesta: el reconocimiento de los deseos que no pueden satisfacerse en el análisis. En este punto, además de recurso, la transferencia se vuelve objeto del análisis y, como tal, debe esclarecerse al paciente.

En general, no hay que otorgar demasiada importancia inmediata al *valor terapéutico de estos esclarecimientos* que no sirven directamente a la remoción de una resistencia. Ni siquiera necesitamos acordarnos del conocido tipo del obsesivo que a menudo, después de algún tiempo de análisis, maneja todo el saber analítico de su analista al dedillo e incluso puede superarlo en la interpretación de sus propios síntomas, sin que eso ayude a menguar su sufrimiento. Por más que haya comprendido y aprendido de su analista, no por ello ha *experimentado* algo que ese "saber" pusiera a su alcance internamente. No es necesario ir tan lejos para demostrar la esterilidad terapéutica del "mero saber". Basta con recordar a las personas que de alguna manera —generalmente por motivos neuróticos— han llegado a la práctica del psicoanálisis para reconocer, después de algunos fracasos, que ellos mismos requirieren del análisis. Esas personas suelen llegar a la cura con un saber analítico más o menos completo —incluso sobre sus propios síntomas—, el cual, como demuestran ellos mismos, no los protege de sucumbir a la neurosis ni es capaz de liberarlos de la misma. Al contrario, lo que parece es que, para esos analistas, la práctica analítica sólo fue un síntoma de su propia neurosis en tanto que el análisis también reactivó en ellos la antigua situación edípica, la cual, por eso mismo, son incapaces de resolver por completo en sus pacientes.<sup>8</sup> El análisis de esas personas sería muy instructivo como ejemplo escolar para los analistas en formación y quizá los prevendría de cometer ciertos errores técnicos. Se las verían con un paciente cuyo conocimiento teórico en el terreno del análisis es similar al suyo. Estarían ante la tarea de descubrir que la influencia terapéutica sobre un paciente y la sola transmisión del saber teórico son de naturaleza totalmente distinta. En la comparación entre esos análisis y otros con pacientes más cándidos, puede reconocerse claramente que *todo esclarecimiento y traducción son sólo un primer recurso* para hacer comprensible al paciente el sentido de la esperada reproducción en la experiencia analítica. De ningún modo es de temerse que, por

<sup>8</sup> Hemos visto que, con un conocimiento consciente del análisis, algunos seguidores reaccionaron con sus neurosis latentes a partir de la cuales convirtieron sus "resistencias" en objeciones científicas.

un esclarecimiento prematuro, el paciente "se asuste" y caiga en la resistencia. Hay por cierto, en el análisis, situaciones en las que no interpretar es la reacción correcta para que todo el material perteneciente a una determinada situación, pro venga del paciente. En un caso como éste, por una interpretación prematura, el último motivo inconsciente —muchas veces un estabón muy importante— se pierde.<sup>9</sup> Si el analista no comprende y no domina la situación analítica no le queda más que dejar "asociar" al paciente e "interpretar" sus asociaciones aisladas como tales, lo cual, a la larga, reduce el análisis al nivel de un experimento asociativo como si se tratara de demostrar al paciente cuáles son sus complejos.

La base primordial de la técnica analítica consiste en que el analista salga de su reserva pasiva y observante cuando de veras sea necesario, es decir, según la regla: cuando las resistencias así lo requirieren, para intervenir en el sentido regulador antes expuesto en el curso libidinal del paciente. En lo posible esto sólo debe ocurrir en las situaciones decisivas del análisis; entretanto, hay que cuidarse de una concienzuda interpretación de detalles que pretenda la comprensión y traducción de todo lo que el paciente diga o haga. Este exceso representa dejar de lado el hecho —por cierto, no sin importancia teórica— de que el yo adelanta asociaciones de manera tendenciosa, las cuales han de hacerse conscientes para el paciente en *este* sentido, en lugar de perderse en los detalles de interpretación de las asociaciones. Esto mismo ha de cuidarse en forma especial en la *interpretación de los sueños*, que en la práctica analítica no es necesario realizar como para demostrar la veracidad de la teoría de los sueños,<sup>10</sup> sino para extraer del sueño lo importante en corres-

<sup>9</sup> Sería tanto como interpretar simbólicamente la pérdida de alguna cosa como "cas-tación", sin ocuparse del mecanismo psicológico fino del acto fallido (sacrificio, conciencia culpable).

<sup>10</sup> Entretanto apareció el ensayo de Freud "Zur Theorie und Praxis der Traumdeutung", *Zeitschrift* IX/1, 1923. [Sigmund Freud, "Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños" (1923), *Obras completas*, op. cit., t. XIX, pp. 107-122.] Ocasionalmente "interpretaciones de sueños" orgullosamente publicadas, en las que se "trabaja" muchas horas, no representan para el analista un buen testimonio por más interesante que pueda ser el material de dichos estudios para la psicología de los sueños o la técnica de interpretación.

pondencia con la situación analítica. De otra manera, cae uno en el funesto error de atender al interés psicológico en detrimento de la tarea actual. Ésta consiste en comprender e interpretar toda manifestación del analizante, *sobre todo* como reacción a la situación analítica presente (defensa o reconocimiento de una intervención del analista, reacciones afectivas a las mismas, etc.), siendo importante diferenciar lo actualmente provocado, de las repeticiones infantiles, y si fuera el caso, reconocer y dar a conocer lo que es común a ambas circunstancias.

Si esto vale para cada sintoma, cada sueño, e incluso para la comprensión de asociaciones aisladas, con mucha más razón vale para la íntegra situación analítica. Se vuelve especialmente importante analizar las condiciones inconscientes que llevaron al paciente al análisis, e igualmente todas las condiciones y exigencias que anuda con la terminación del análisis, en especial condiciones de naturaleza temporal (por ejemplo, cuando el paciente quiere poner un plazo específico al análisis). Si no se elimina analíticamente una postura semejante, puede frustrar el éxito final de un análisis, por mejor y más al detalle que fuese llevado.

La presente exposición muestra claramente hasta qué punto la original *abreacción de los afectos* persiste —a pesar de la expansión de nuestro conocimiento— como *agente terapéutico fundamental* con el significativo avance de que ya no confiamos mecánicamente su curso a la compulsión a la repetición ni lo restringimos a un único afecto "aprisionado". La gran diferencia entre la abreacción en la catarsis y la descarga en "la vivencia psicoanalítica" en nuestro sentido, es que en la catarsis se aspiraba a provocar la descarga afectiva en relación directa a la reactivación de recuerdos patógenos, mientras que en nuestra actual técnica analítica los afectos patógenos fluyen en la relación con el médico y el análisis, es decir, en la situación analítica. Y esas manifestaciones afectivas se utilizan para, con su ayuda, traer el recuerdo espontáneo o reproducir<sup>11</sup> los momentos traumáticos del pasado.

En la diferencia aquí expuesta entre el propósito de *buscar recuerdos* para arribar a los afectos y el de *provocar afectos* para descubrir el inconsciente, reposa la razón más profunda de que el análisis, como ciencia, pasa por una fase de reconocimiento antes de llegar a la apreciación completa del momento de la vivencia.

Sólo en este punto podemos comprender y resolver la aparente contradicción entre la concepción de Freud acerca de la gran importancia del recuerdo y el acento que ponemos en la reproducción de la vivencia. También la tendencia perseguida por nosotros de provocar la repetición en la situación analítica, se dirige a que, con ayuda de esta experiencia, el paciente llegue a recuerdos nuevos y actuales en lugar del restante contenido psíquico de complejos patógenos aislados, los cuales son reavivados y, por así decir, todavía durante la vivencia, trasladados a "recuerdos" al hacerlos conscientes, sin dar tiempo ni posibilidad para la "represión". Dejar recordar, queda, finalmente, como el factor curativo decisivo, en el cual se trata de transformar una forma de repetición —por así decir orgánica—, la reproducción, en otra forma de repetición, psíquica, el recuerdo —que finalmente también es sólo una forma de la compulsión a la repetición mnémica—. Con esto queda claro por qué justamente la privación [Verzagung] analítica que, por así decir, representa para el paciente una repetición del trauma, es imprescindible para lograr el convencimiento curativo. El que algo se haga consciente es un fenómeno psíquico que el ser vivo no produce bajo otras condiciones que no sean estar bajo la presión de una situación de negativa, es decir, para evitar el displacer.<sup>12</sup> A cualquier otro saber ganado, por concluyente que sea lógicamente, le falta esta nota de convencimiento.

Es por esto que en el análisis tenemos que presionar al individuo para que se reproduzca un fragmento de la falla en su

psicoanálisis" (1920), en *Teoría y técnica del psicoanálisis*, op. cit., pp. 148-161.] De vez en cuando se llega también al espontáneo vacuamiento "catártico" en relación con recuerdos no muy hondamente reprimidos.

<sup>12</sup> S. Ferenczi, "Introjektion und Übertragung", *Fahrbuch* I, 1909. [Sándor Ferenczi, "Introyección y transferencia", op. cit.]

<sup>11</sup> Cf. Ferenczi, "Weniger Beiträge zur activen Technik in der Psychoanalyse", *Zeitschrift*, 1921. [Sándor Ferenczi, "Los nuevos adelantos de la terapéutica activa en el

desarrollo, básicamente inconsciente, y permitir que una porción de libido negada [*versagter Libido*] se viva plenamente con la condición de que, por vía de la descarga y simultánea comprensión de su mecanismo, renuncie a la acomodación equivocada para que, sobre la base de un nuevo impulso a su desarrollo, la sustituya por una más real. Esto se logra por vía del traslado de las salidas de la excitación de fantasías inconsciente, al más elevado pensamiento preconsciente de la situación analítica. De esta manera también se abre paso, por primera vez, a la descarga de los afectos y se eleva toda la existencia psíquica a otro nivel, el nivel de la acomodación real. El psicoanálisis conforme a la regla es en este sentido, por así decir, un proceso *social*, una "formación de masas de a dos", según el término de Freud, en la cual el analista debe fungir como representante de la diversidad del mundo exterior, en especial de las personas más significativas del entorno humano del paciente.

### III Visión retrospectiva histórico-crítica

Después de haber mostrado en pocos trazos lo que ha entenderse por método analítico, estamos en condiciones de reconocer, retrospectivamente, que una serie de técnicas equivocadas, sólo llevan a una detención en determinada fase de desarrollo del conocimiento analítico. Es natural que esas inhibiciones del desarrollo fueran posibles en todas las escalas del avance analítico, y que incluso ahora aún persistan o se repitan.

Queremos intentar señalar, en puntos específicos, de qué manera ha de comprenderse esto, no sólo para iluminar el desarrollo histórico del psicoanálisis, sino para contribuir a evitar errores semejantes en el futuro. Lo que sigue, entonces, es la presentación de una serie de métodos técnicos incorrectos, es decir, que ya no corresponden a la actual concepción del psicoanálisis.

En la percepción clínico-fenomenológica generalmente usual en la medicina, no era sorprendente que en la práctica médica se llegara a una especie de *análisis descriptivo*, propiamente: una *contradicción in adjecto*. Una práctica semejante, reducida por regla general a la escucha de una versión amplia de síntomas o motivaciones perversas del paciente, no producía un efecto terapéutico porque se desatendía el momento dinámico.

Una manera similar de malentendido del análisis surgía en la *colección de asociaciones*, como si fueran lo fundamental, en lugar de meros burbujos conscientes que sólo nos señalan en qué lugar, quizá a qué nivel de profundidad bajo la superficie, se esconden los impulsos afectivos actuantes, y en especial, cuáles



les motivos presionan al paciente en cada caso a hacer uso de ciertos caminos asociativos.

Menos inocente era el *fanatismo de interpretación* que llevaba a perder de vista, por la fijeza de traducciones de diccionario, que la misma técnica de la interpretación es sólo una herramienta para el reconocimiento del estado anímico inconsciente del paciente, y no la finalidad o incluso la finalidad principal del análisis. Esta traducción de las asociaciones del paciente puede valorarse como en el terreno de la lengua de donde se tomó la comparación: la búsqueda de los vocablos que no se entienden es el trabajo previo inevitable para la *comprensión de la totalidad del texto*, pero no la finalidad última. A esta "traducción" le sigue lo que es propiamente la "interpretación" en el sentido de comprensión de la coherencia. Desde esta perspectiva desaparecen las tan habituales discusiones acerca de lo correcto de una interpretación o de una traducción. Las preguntas de los analistas acerca de si tal o cual "interpretación" —en nuestro sentido traducción— fue correcta, o la pregunta sobre qué "significa" esto o lo otro, por ejemplo en un sueño, atestiguan la incompleta comprensión de la totalidad de la situación analítica y la sobrevaloración de detalles aislados. Éstos pueden querer decir un día una cosa, otro día otra. El mismo símbolo puede, en un mismo paciente, tener distintos sentidos o adquirirlos, según sea la conexión, la situación, bajo la presión o remisión de la resistencia. En el análisis se ponen en juego tantos detalles finos, aparentes bagatelas como la entonación, los gestos, el aspecto; el análisis depende mucho de la interpolación acertada, de la relación comprensible, del *sentido* que adquieren las manifestaciones del paciente a través de sus comentarios inconscientes con ayuda de nuestra interpretación. La técnica de traducción olvidó, por el interés en la traducción "correcta" de los detalles, que el todo, es decir, *la situación analítica del paciente como tal*, tiene también una significación, y a veces la significación fundamental; del entendimiento de esta totalidad se deriva, cada vez, la correcta interpretación del detalle de los tramos traducidos de manera fluida, sin dudas, mientras que el fanatismo de traducción lleva a la esquematización y es terapeuticamente estéril.

Otro error metodológico consistió en detenerse en la fase ya superada del *análisis de los síntomas*. Es sabido que hubo un período temprano del análisis en el cual se partía de cada síntoma y por presión sugestiva se despertaban aquellos recuerdos que, actuando desde el inconsciente, producían los síntomas. Este método ha sido superado hace tiempo por el desarrollo de la técnica psicoanalítica. No se trata de hacer desaparecer los síntomas; lo cual puede lograrse fácilmente cualquier método sugestivo, sino de evitar su retorno, es decir, hacer más capaz de resistencia al yo del paciente. Para ello se requiere un análisis de toda la personalidad. Por ello, siguiendo la prescripción de Freud, el analista parte de la superficie psíquica y no debe perseguir con el síntoma, los vínculos asociativos. Obviamente era muy tentador y cómodo seguir el camino directo de preguntar al paciente acerca de las particularidades de su hacer neurótico o perverso y de esa forma propiciar el recuerdo directo de la historia del surgimiento de sus anomalías.<sup>1</sup> Sólo una línea de experiencias convergentes puede ponernos en posición de comprender los muchos "sentidos" que en distintos momentos adquiere un síntoma. Con la pregunta directa sólo se lograba que la atención del paciente se dirigiera inoportunamente a esos momentos y por ello se establecía ahí la resistencia en tanto que el paciente podía darle mal uso a esa —por sí misma quizás no injustificada— dirección de su atención. Esto podía dar lugar a que "se analizara" durante demasiado tiempo sin llegar a la historia infantil original, sin cuya reconstrucción no puede decirse que un tratamiento sea verdaderamente analítico.

Nos ocuparemos detalladamente de una fase del análisis que podría nombrarse "*análisis de complejos*", que conserva una importante zona de unión con la psicología académica. La palabra "complejo" fue primero utilizada por Jung como simplificación de un componente psicológico complicado, como designación de ciertas tendencias características de las personas o de un grupo de representaciones afectivas relacionadas entre sí. El significado de esta palabra, cada vez más abarcador y por ello casi

<sup>1</sup> El abandono, por principio, del "análisis de los síntomas" no excluye, por supuesto, la pregunta al paciente acerca del origen de una especial prioridad respecto a la manifestación de un síntoma (por ejemplo de los así denominados síntomas pasajeros).

vacuo, fue después circunscrito por Freud para designar como "complejo" solamente a los *componentes inconscientemente reprimidos* de los grupos de representaciones. Sin embargo, mientras más fino fue haciéndose el acceso a la investigación de los labiles, ondulantes procesos de carga en lo psíquico, más intrascentente aparecía la aceptación de componentes anímicos rígidamente diferenciados, relacionados entre sí y sólo susceptibles de excitación y desplazamiento en su totalidad, los cuales, como lo muestra el análisis más preciso, eran demasiado "complejos" para seguirlos abordando como elementos no separables. En las obras más recientes de Freud, este concepto figura sólo como sobreviviente de un período del psicoanálisis y, sobre todo desde la creación de la metapsicología, ya no tiene lugar en el sistema psicoanalítico.

Lo más consecuente hubiera sido desbarbararse de este rudimento de los tiempos tempranos que se volvió inútil, para renunciar a la terminología con la que la mayoría de los analistas se encariñaron y así alcanzar un mejor entendimiento. En lugar de esto, muchas veces se presentó a toda la psique como un mosaico de esos complejos y el análisis se encaminó a "analizar extrayendo" un complejo tras el otro, o se intentaba tratar toda la personalidad como la suma de complejos del padre, madre, hermana, etc. Naturalmente, era fácil coleccionar material para estos complejos ya que cada persona posee todos los "complejos", es decir, cada quien tuvo que arreglárselas de alguna manera en el devenir de su relación con las personas y cosas cercanas.

El enlistado de los complejos relacionados entre sí, así como de sus señales disuntivas, puede tener su lugar en la psicología descriptiva, pero no en el análisis práctico de los neuróticos ni en el trabajo analítico de productos literarios o de la psicología etnológica, donde, debido a la multiplicidad de sentidos del material, llevaba, invariablemente, a una monotonía no justificada la cual no se moderaba por darle preponderancia a uno u otro complejo.

Si bien semejante representación plana resulta a veces inevitable en la transmisión científica, no debería introducirse en la técnica un interés tan constreñido. El análisis de complejos lleva fácilmente al paciente a halagar a su analista en la medida

en que aporta por el tiempo que sea "material de complejo", sin revelar sus verdaderos secretos inconscientes. Así surgieron historias clínicas en las que los pacientes contaban recuerdos, obviamente inventados, como nunca surgen en análisis imparciales y que sólo pueden abordarse como productos de ese "cultivo de complejos". Resultados de esta naturaleza no deben valorarse, ni subjetivamente para la precisión de la propia técnica interpretativa, ni como conclusiones o demostraciones teóricas.<sup>2</sup>

Muy a menudo, sucedía que las asociaciones del paciente eran llevadas inoportunamente hacia lo *sexual*, o se le dejaba instalado en la expectativa — que es usual — al iniciar el análisis, de que se trata de hablar todo el tiempo de la vida sexual actual o infantil. Independientemente de que este no es exclusivamente el caso en el análisis, como lo afirman nuestros opositores, permitir esa suspensión en lo sexual puede, con frecuencia, darle al paciente la posibilidad de que esa negación [*Veragung*] impuesta a él, paralice también su propio efecto terapéutico.

También la comprensión de los multifacéticos y significativos contenidos anímicos que se ocultan bajo el nombre de colección "*complejo de castración*", se vio afectada por la introducción de la enseñanza de los complejos en la dinámica del análisis. Al contrario, nosotros consideramos que la precipitada síntesis teórica de los elementos bajo un concepto de complejo, obstaculizó la perspectiva de capas más profundas. Consideramos que para una justa apreciación de aquello que el practicante del análisis se acostumbró a etiquetar como "complejo de castración", se requiere despachar la etiqueta y eso está aún pendiente; esto con el fin de que esta necesidad de explicación no se resolviera a la ligera como *última ratio* de tantos y tan diversos estados anímicos y procesos del paciente. Desde el único punto de vista dinámico justificado por la práctica en lo que respecta a las manifestaciones del complejo de castración, podemos reconocer muchas veces sólo una de las *formas de la resistencia* que

<sup>2</sup> Como ejemplo extremo de la subjetividad en la predilección de los complejos, está la referencia a Stekel, quien relaciona los *primeros* síntomas neuróticos primero con la sexualidad, luego con la criminalidad y finalmente con la religiosidad. Seguramente, ya que afirmó tal variedad de cosas, tendrá razón en algunas afirmaciones particulares.

el paciente ha antepuesto a las excitaciones libidinales más profundas. En el estadio temprano de algunos análisis, la angustia de castración se descubre como un medio de expresión de la angustia transferida al analista, como protección ante la continuación del análisis.

Como hemos dicho, surgieron dificultades técnicas también por un *haber de más* del analista. La importancia de la *teoría del desarrollo sexual* construida por Freud, ciertos *autoerotismos* y *sistemas de organización* de la sexualidad que abren la comprensión del desarrollo sexual normal, llevaron a algunos al malentendido y a una aplicación muy dogmática en la terapia de las neurosis. En la búsqueda de los elementos constructivos de la teoría sexual, se descuidó, en casos particulares, el sentido propio de la tarea analítica. Esta clase de análisis eran como "*análisis de elementos*" psicoquímicos. De nuevo se demostraba que la importancia teórica no siempre se corresponde con la valoración de lo práctico en el análisis. La técnica no necesita evidenciar de manera escolar todas las, por así decir, fases prescricas del desarrollo libidinal, y mucho menos considerar que la puesta en juego de todos los detalles y categorías consignados teóricamente, sean principios de la cura. También resulta superfluo, en la práctica, desplegar todos los elementos básicos de una muy compleja "conexión" que de entrada ya son conocidos, mientras que la banda anímica, que asocia pocos elementos básicos con otros y nuevos fenómenos, se nos escapa de las manos. Vale lo mismo para los erotismos (por ejemplo la erótica uretral-anal, etc.) y los estadios de organización (orales, sádico-anales y otras fases pregenitales) que para los complejos: no hay desenvolvimiento humano sin ellos, pero no debe atribuírseles en el análisis el sentido del desarrollo de la enfermedad que simula la resistencia bajo la presión de la situación analítica.

Una observación más detenida permitió reconocer una relación en cierta medida interna entre los "análisis de elementos" y los "análisis de complejos". Estos últimos, en sus esfuerzos por comprender la profundidad anímica, dieron con el gramo de los "complejos" y su trabajo se fue hacia lo extenso en lugar de ir hacia lo profundo. Generalmente intentaban, entonces, sustituir la falta de profundidad de la dinámica libidinal, dando un

salto hacia la teoría sobre la sexualidad y asociaron rígidos atributos de complejos con sillares igualmente esquemáticos de la teoría sexual. Mientras tanto se les escapaba, justamente, el juego de fuerzas de las tendencias libidinales.

Esta situación llevaba necesariamente hacia una sobrevaloración teórica del *momento cuantitativo*, que adjudicaba todo lo patógeno a una multiplicada erótica de órganos, etc.; una visión que, de manera semejante a la escuela neurológica preanalítica, extravía el acceso a la comprensión del energético juego de fuerzas de los orígenes de lo patológico, a través de frases hechas como "herencia", "degeneración" o "disposición".

Desde que la teoría de las pulsiones, y con ella ciertos conocimientos *biológicos* y fisiológicos, contribuyeron a responder a las necesidades de explicación de procesos psíquicos, sobre todo a partir de las denominadas "neurosis patógenas", las neurosis orgánicas, es decir, desde que se trata psicoanalíticamente también a las enfermedades orgánicas, surgieron discusiones acerca de los límites entre el psicoanálisis y la fisiología. La traducción esquemática de procesos fisiológicos al idioma del psicoanálisis, es inadmisibles. En la medida en que se intenta un acercamiento analítico a procesos orgánicos, las reglas del psicoanálisis deben guardarse estrictamente. Hay que esforzarse en olvidar, por así decir, lo orgánico médico y el saber fisiológico para mantener ante los ojos solamente la personalidad psíquica y sus reacciones.

También resulta confuso cuando se asocian hechos sencillos de la clínica con *especulaciones* sobre el ser, el estar, el pasar, que se incluyeron como firmes reglas en el análisis práctico, mientras que Freud mismo, en sus últimos trabajos sintéticos, siempre acentúa su carácter hipotético. Bastante a menudo, un deslizamiento semejante hacia la especulación, sólo resulta en eludir dificultades técnicas incómodas. Sabemos cómo, un querer sintetizar a priori con un principio especulativo en sentido técnico, tiene malas consecuencias (la teoría de Jung).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Es sabido que Jung llegó incluso a descuidar la importancia de lo místico que en el análisis actual representan las experiencias infantiles, y el papel que juegan en las

También fue erróneo —en detrimento de lo individual en la explicación de síntomas— apresurarse a establecer analogías con la historia de las culturas y la filogénesis, por más aclaratorias que éstas puedan ser en sí mismas. Por otro lado, la sobrevaloración de lo actual llevó hacia una interpretación prospectiva-anagógica que resultó estéril frente a las fijaciones patológicas. Tanto los “anagógicos” como algunos “genéticos” descuidaron, en nombre del futuro o del pasado, el *presente* del paciente. Aún así, se manifiesta casi todo lo pasado y toda aspiración inconsciente —en tanto no es directamente consciente o se recuerda (y esto sucede muy pocas veces)—, en las reacciones actuales en la relación con el médico o con el análisis; en otras palabras, en la *transferencia* sobre la situación analítica.

La exigencia teórica de la catarsis, postulada por Breuer y Freud, de llevar las cantidades de afecto desplazadas en la manifestación de síntomas, directamente a las huellas mnémicas patológicas y así provocar la descarga y reanclaje, se demostró imposible de cumplir, es decir, que esto resulta sólo en relación a material mnémico reprimido de manera incompleta, casi siempre preconsciente, o sea, sobre ciertos derivados de lo propiamente inconsciente. Esto, cuyo develamiento es la tarea fundamental del psicoanálisis, no puede —ya que nunca fue “vivido”— tampoco ser “recordado”; hay que permitir que se reproduzca en determinados síntomas. La sola comunicación, digamos como “reconstrucción”, no es suficiente para convocar reacciones afectivas; rebota sin tener ningún efecto. Sólo cuando los pacientes viven algo análogamente actual en la situación analítica, es decir, en el *presente*, y casi siempre después de reiteradas veces, pueden convencerse de la realidad del inconsciente. Nuestras nuevas perspectivas de la tópica anímica y de las funciones de cada una de las capas profundas, nos dan la explicación de esta circunstancia. Lo inconsciente reprimido no tiene acceso a la motilidad, tampoco a las innervaciones motoras cuya suma determina la descarga afectiva; lo *pasado* y *reprimido* tiene que

encontrar una representación en lo *presente* y *consciente* (preconsciente), es decir, en la situación psíquica *actual*, para poder experimentarlas afectivamente. Al contrario de las impetuosas abstracciones catárticas, en la situación psicoanalítica se puede hablar de una catarsis fraccionada en la que el afecto se descarga por partes.

Consideramos que en general, para que los afectos se vuelvan eficaces, primero han de refrescarse, es decir, hacerse actuales. Porque lo que no nos afecta en el presente, o sea, de manera real, permanece psíquicamente inactivo.

El analista debe contar siempre con la multiplicidad de tiempos de casi cada manifestación del paciente, pero se fijará principalmente en la reacción del presente. Bajo esta perspectiva puede lograr descubrir, en la reacción actual, el pasado, es decir, transformar la tendencia del paciente a la repetición en un recordar. No ha de preocuparse mucho del futuro. Esta preocupación bien puede dejarse en manos de aquel que ha sido suficientemente advertido de sus tendencias anímicas presentes y pasadas. Las analogías con la historia de la cultura y la filogénesis, prácticamente no tienen por qué expresarse en el análisis. Ni el paciente ni el médico tienen que ocuparse de esos antecedentes; en todo caso, muy de vez en cuando.

En este punto necesitamos abordar cierto malentendido respecto a la *comprensión* del analizado. Hubo una fase en el desarrollo del psicoanálisis, en la cual se visualizaba como meta del tratamiento analítico la de rellenar, con algún saber, las lagunas del recuerdo. Después se reconoció que el no saber neurotíco de la resistencia, corresponde a un no querer saber y es esta resistencia la que hay que develar una y otra vez, volverla inofensiva. Al proceder de esta manera, se rellenan las lagunas amnésicas en la cadena de recuerdos del paciente, en gran medida de forma automática, y por otra parte, con ayuda de un ahorro en la interpretación y la explicación. El paciente no aprende nada más ni nada distinto de aquello que requiere para eliminar las perturbaciones dominantes. Era un error fatal el creer que nadie estaba totalmente analizado, a menos que estuviera también empapado de los detalles *teóricos* de la propia anomalía. Por supuesto que

personalidades, favoreciendo, en su lugar, un análisis del “nivel subjetivo”. Se revela una huida de la realidad en alto grado, si *solamente* se les quiere reconocer realidad y efecto a conceptos idealizados, incluso impersonales; obscuras derivaciones de los recuerdos originales de cosas y personas.



no es fácil determinar el límite hasta el cual ha de ser llevada la instrucción del paciente. Interrupciones del análisis regular con cursos explicativos formales, pueden satisfacer igualmente al médico y a los pacientes, pero no transforman en nada la postura ibídicinal del enfermo. Otra consecuencia de semejante proceder era que se presionaba al paciente, impeciblemente, a desviarse del trabajo analítico propiamente dicho, por el camino de la identificación con el analista. Es sabido, y debiera valorarse con mucha más seriedad, que la enseñanza y el deseo de aprender, establecen una postura psíquica desfavorable para el análisis.<sup>4</sup>

De vez en cuando se escucha la queja de los analistas de que este o aquel análisis fracasó por “resistencias demasiado fuertes” o por “una transferencia demasiado intensa”. En principio, se puede aceptar la posibilidad de casos tan extremos; sin embargo, se nos presentan efectivamente momentos cuantitativos a los que de ningún modo podemos restarles importancia práctica, puesto que juegan un papel determinante tanto en la terminación de los análisis como en sus inicios. Pero el momento cuantitativo, en sí mismo tan significativo, puede servir de pretexto a una visión defectuosa del juego de los motivos, que finalmente decida sobre los usos y la repartición de dichas cantidades. Por haber dicho Freud una vez la frase: “Todo aquello que estorba al trabajo analítico, es una resistencia”, no podía uno, ante cada dificultad en el análisis, simplemente decir: “esta es una resistencia”. Esto producía, especialmente en pacientes con un fuerte sentimiento de culpa, una atmósfera analítica en la que se *cuasi* angustiaban ante la posibilidad de cometer el *faux pas* de una “resistencia”, y el analista quedaba sin poder hacer nada ante la situación. Se olvidaba obviamente otro planteamiento de Freud: en el análisis debemos estar preparados para enfrentar las mismas fuerzas que en algún momento determinaron la represión, ahora como resistencias, tan pronto como nos disponemos a levantar esas represiones.

Otra situación analítica a la que se aplicaba incorrectamente la etiqueta de “resistencia”, es la *transferencia negativa* que, por su naturaleza, no puede mostrarse más que como “resistencia” y cuyo análisis representa el trabajo esencial de la influencia terapéutica. Ante las reacciones negativas del paciente de ningún modo hay que angustiarse, porque forman parte de la estructura de cada análisis. También la transferencia positiva intensa, sobre todo si se manifiesta al principio de la cura, es muy a menudo un síntoma de resistencia que pide ser desmascarado. En otros casos, especialmente en los estadios posteriores del análisis, es, sin embargo, el verdadero vehículo de la actualización de tendencias que permanecieron inconscientes.

En este contexto hay que mencionar una regla importante de la técnica analítica respecto a la relación personal entre médico y pacientes. La exigencia teórica de evitar cualquier contacto personal *afuera* del análisis, llevó, también en el análisis, a una cancelación no natural de todo lo humano y con ello, otra vez, a una teorización de las experiencias analíticas.

Bajo esta postura, algunos practicantes se inclinaron con demasiada facilidad a no reconocer la importancia de un *cambio* en la persona del *analista*, reconocimiento que permite comprender el análisis como un proceso anímico cuya singularidad requiere de la persona del analista. En contados casos, por causas externas, un cambio de analista no se puede evitar; sin embargo, pensamos que ciertas dificultades técnicas —por ejemplo, en el caso de los homosexuales— no se evitan, simplemente, con una elección de un analista de otro sexo. En todo análisis llevado en regla, el analista asume, de todas formas, diversos papeles para el inconsciente del paciente; depende del analista reconocerlos a tiempo en cada ocasión y bajo condiciones, también utilizarlos de manera consciente. En especial se trata de los papeles de ambas imágenes parentales, (padre y madre), entre las cuales el analista alterna todo el tiempo (transferencia y resistencia).

No es casualidad que los conceptos técnicos equivocados aparezcan tan a menudo justamente en las manifestaciones de la transferencia y la resistencia. Uno se dejaba fácilmente sorprender por estas experiencias elementales en el análisis y olvidaba

<sup>4</sup> Esto también es válido para las personas que sólo se analizan por motivos de aprendizaje (los denominados “análisis didácticos”). Ocurre muy fácilmente que las resistencias se desplacen al terreno intelectual (ciencia) y así queden incomprendidas.



la teoría que se había colocado al frente, en un lugar equivocado. Esto quizá dependía, también, de momentos subjetivos del médico. El *narcisismo del analista* es propicio para dar lugar a una gama especialmente amplia de errores en la medida en que crea una especie de *contratransferencia* narcisista que lleva al analizando, por un lado, a poner por delante asuntos que aullan al médico, y por otro lado, a suprimir comentarios y ocurrencias desfavorables respecto al médico. Las dos cosas son técnicamente incorrectas; la primera, en tanto puede llevar a mejoras aparentes del paciente que sólo están dirigidas a sobornar al analista y ganar de esta manera una simpatía libidinal recíproca, la segunda aleja al analista de la necesidad técnica de consentir señalamientos sutiles, generalmente sólo tímidos, que permiten ser críticos, y ayudar al paciente a una articulación franca y el consecuente desahogo. Ciertamente, la angustia y la conciencia de culpa del paciente no pueden vencerse sin cierta superación de la necesidad autocrítica del analista, y estos dos momentos sensibles son los factores más esenciales para la aparición y sostenimiento de la represión.

Otra forma tras la cual se ocultaba una insuficiencia técnica, la encontraron algunos analistas en una afirmación ocasional de Freud que dice que el *narcisismo del paciente* pone obstáculos a su posibilidad de recibir la influencia del análisis. Cuando el análisis no se estaba efectuando, se consolaban diciendo que el paciente era "muy narcisista". Ya que el narcisismo siempre tiene su parte en cualquier proceso anímico, normal o anormal, como eslabón entre las tendencias del yo y las tendencias libidinales, no era difícil hallar demostraciones de "narcisismo" en el hacer y el pensar del paciente. Tampoco las condiciones narcisistas del "complejo de castración" o del "complejo de masculinidad", deben ser manejadas como si ya designaran el límite de la disolución analítica.<sup>5</sup>

Donde el análisis topaba con la resistencia del paciente, a menudo se perdía de vista hasta qué grado se trataba sólo de

<sup>5</sup> Sabemos que Adler, quien manifiestamente no pudo proseguir con el análisis de la libido, se quedó atorado en este punto.

tendencias *pseudonarcisistas*. En especial, análisis de personas que llegaban con una formación teórica previa a su análisis, podían vencerlo a uno de que mucho de aquello que se atribuye teóricamente al narcisismo, es en realidad secundario, pseudonarcisista, y que en la continuación del análisis se deja disolver, sin resto, en la relación parental. Naturalmente es necesaria una intervención analítica detallada en el desarrollo del yo del paciente, como en general en el análisis de las resistencias, que debe ocuparse mejor del análisis del yo, hasta ahora descuidado, y para el cual Freud ha dado, en los últimos tiempos, valiosas indicaciones.

La novedad de un punto de vista técnico que en los últimos tiempos se ha introducido con el nombre de "actividad" (Ferenczi), trajo consigo que, para esquivar dificultades técnicas, algunos impusieran al paciente mandamientos y prohibiciones que podrían caracterizarse como "actividad salvaje". Esto puede entenderse como una reacción respecto al extremo contrario, el apearse estrictamente a una "pasividad" demasiado rígida en la técnica. Esto último se justifica más o menos por la postura teórica del analista que debe ser al mismo investigador. Sin embargo, en la práctica esto lleva fácilmente a quererle ahorrar al paciente el dolor de algunas intervenciones necesarias y dejar demasiado en sus manos la dirección de las asociaciones así como de la interpretación.<sup>6</sup>

La *actividad* moderada, pero enérgica en caso necesario, que pide el análisis, consiste en que el médico se haga cargo de cumplir con ese papel de verdad, en la medida en que se lo dicen el inconsciente del paciente y sus tendencias a la huida. A través de esto avanza la reprimida *tendencia a la repetición* de antiguas experiencias traumáticas, por supuesto con la consiguiente

<sup>6</sup> Ciertos pacientes, con una fuerte disposición "masoquista", interpretan una "técnica pasiva" de su analista en el sentido de la "vida subjetiva" y de ese modo satisfacen sus tendencias de atormentarse; a las interpretaciones más serias, oponen una resistencia en forma de incredulidad. De manera similar, pueden lograrse cualesquiera interpretaciones "amagógicas" de los sueños, si se deja en manos de un paciente con alguna formación analítica, la interpretación de los elementos del sueño sin actuar sobre la dinámica de las resistencias sobrecompensada por la moral.

te meta de resolver finalmente esta tendencia a la repetición, justamente, develando su contenido. Cuando esta repetición aparece espontáneamente, provocarla resulta innecesario y el médico puede, sin más, llevar las cosas hacia la transformación de la repetición en recuerdo (o reconstrucción plausible).

Estas últimas observaciones totalmente técnicas nos llevan al extenso tema del efecto de ida y vuelta entre teoría y práctica, al cual dedicaremos algunas observaciones metodológicas generales.

## IV

### Acerca de la acción recíproca entre teoría y práctica

Una dificultad especial, ubicada en lo esencial del psicoanálisis, hace de este problema algo aún más complicado de lo que quizá sea en otros campos del saber. La técnica psicoanalítica fue originalmente, y sigue siendo, un medio para una terapia causal de las neurosis que se propone la eliminación de los síntomas a través de hacer conscientes sus raíces inconscientes. La toma misma descansa en una especie de "saber" y parece, así, cercanamente emparentada al saber teórico. Sin embargo, el análisis pudo mostrar claramente por primera vez que hay, por así decir, dos clases de saber: uno intelectual y otro basado en un "convencimiento" más profundo, saberes cuya rigurosa separación, especialmente en el campo del psicoanálisis, debe constituir la primera y más estricta exigencia.<sup>1</sup> En ello reside una de las causas por las cuales el psicoanálisis asume una posición aparte, puesto que "plausibilidad" y "necesidad lógica" no bastan como criterios de verdad, sino que es imprescindible percibir, o *pasar por la experiencia* de los procesos en juego para llegar al convencimiento. Esta "experiencia" entraña fuentes de error de no poca importancia si no se aisla considerablemente la propia impresión del momento subjetivo, produciendo la cristalización de resultados teóricos obtenidos de la experiencia anímica.

Con el desarrollo del psicoanálisis, la técnica terapéutica se fue *construyendo* de manera cada vez más completa y detallada,

<sup>1</sup> Cfr. también "Glaube, Unglaube und Überzeugung" (Ferenczi: *Conferencias populares sobre psicoanálisis*). [Sándor Ferenczi, "Creencia, incredulidad y convicción" (1913), en *Teoría y técnica del psicoanálisis*, op. cit., pp. 342-351.]

y precisamente con ayuda de esta misma técnica. La cual venía a ser al mismo tiempo un instrumento práctico de la cura y del reconocimiento, puesto que el paciente se curaba por el "saber". El psicoanálisis tiene desde su inicio, dos aspectos totalmente diferentes que, sin embargo, todo el tiempo se tocan, se cortan, se atraviesan, y sólo depende desde qué perspectiva se mire cada vez la cuestión. Si se mira la técnica analítica como un medio para el descubrimiento de nuevos hechos y conexiones psicológicas, o sea como investigación de la vida anímica, se puede decir que su valor terapéutico es pura casualidad; o al contrario, desde la perspectiva de la terapia, sus resultados científicos serían un producto secundario bienvenido.

Pero, como se ha dicho, una de las características del psicoanálisis es que el instrumento científico es al mismo tiempo uno que cura, mientras que otras ciencias utilizan para sus exigencias métodos que pueden caracterizarse de destructivos para sus objetos (anatomía, vivisección, etc.).<sup>2</sup>

Ya en "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica",<sup>3</sup> Freud anticipó lo que fundamentalmente se puede decir acerca de las relaciones recíprocas entre la técnica psicoanalítica y la terapia. Entre otras cosas, planteaba que la terapia mostrará más adelantos (y con mayor rapidez) mientras más sepanos. Las dificultades técnicas y la necesidad de vencerlas, fueron para Freud el motivo de todas aquellas investigaciones que lo llevaron al descubrimiento de la vida anímica inconsciente, sus mecanismos, sus dinámicas y su economía, cuyo conocimiento puede actuar retroactivamente sobre nuestro saber hacer técnico, en el sentido explicado más arriba. Al revés del caso donde nuevas dificultades van creando un círculo vicioso, aquí se pue-

<sup>2</sup> También esta diferencia parece residir en esa curiosa característica de lo psíquico, reconocida por Freud, donde *los mismos contenidos dan diversas posibilidades de lectura* y pueden separarse tópicamente (ver la topica en la metapsicología de Freud). Esto hace factible que en el enfermo se reviva mentalmente el pasado (también alucinatoriamente) y al mismo tiempo sea objeto de la observación del presente sin que se "dane" la personalidad presente del analizando.

<sup>3</sup> Conferencia del Segundo Congreso de Psicoanálisis en Nuremberg, 1910. [Sigmund Freud, "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" (1910), *Obras completas*, op.cit., t. XI, pp. 129-142.]

de hablar formalmente de un círculo virtuoso, de una influencia mutuamente exigente de la práctica a través de la teoría y de la teoría a través de la práctica.

Quizá no sea exagerado afirmar que esta clase de control mutuo del conocimiento a través de la experiencia (empirismo, inducción), y de la experiencia a través del conocimiento precedente (sistemización, deducción), es la única manera de proceder a una ciencia del extravío. Una disciplina que se contenta con uno u otro camino de la investigación, o que quisiera negarse demasiado temprano a un control por medio de una prueba opuesta, estaría condenada a perder pie; el puro empirismo, porque le falta el pensamiento fértil, y la pura teoría, porque en el precipitado saber total, deja que enmudezcan los motivos para continuar la investigación.

El psicoanálisis de Freud merece, en el conocimiento científico, presentarse como ejemplo de la verdadera investigación "urtrágica".<sup>4</sup> Tiene su raíz en la necesidad práctica de influir en funciones anímicas que se desviaron; o sea, en la *realidad*. Y siempre volvía a ella cuando quería comprobar la solidez de lo que la experiencia arrojaba, o a través de deducciones lógicas derivadas de teorías. Para ilustrar este favorable efecto de ida y vuelta, habrá que referirse a singulares y significativos avances de la investigación freudiana.

La primera teoría de Breuer y Freud, la enseñanza sobre la abreacción de afectos oprimidos, la capacidad anímica de liberar afectos de sus objetos y usarlos de otra manera, descansaba, exclusivamente —sin considerar que nos hacía más plausibles, más comprensibles algunos procesos anímicos— en el efecto terapéutico de las catarsis en las investigaciones del recuerdo en la histeria. Después, estos reconocimientos aligeraron la misma terapia catártica, es decir, sustancialmente la búsqueda de recuerdos patógenos.

<sup>4</sup> Los urtrágicos (del latín *utrague*: ambos y *calix*: caliz) o calixinos eran una secta político-religiosa del siglo XIV que exigía una mayor participación de los laicos en los oficios religiosos y la recepción de ambas especies en la comunión: el pan y el vino; de ahí el adjetivo "urtrágico", que acepta o recibe influencia de dos vertientes o posiciones. [N. de E.]

La dificultad práctica de que son pocos a quienes se puede hipnotizar como es debido, llevó a Freud a renunciar a la hipnosis y también a otros medios de sugestión, para dejar a los pacientes "asociar libremente". Así se produjeron perspectivas sorprendentes sobre el material inconsciente, que hasta entonces había estado encubierto por el anudamiento hipnótico de afectos. La técnica de la asociación libre llevó al descubrimiento del contenido y de las formas de manifestarse del pensamiento inconsciente. La "regla básica" técnica psicoanalítica de la asociación libre, también brindó la materia que permitió a Freud crear una perspectiva metapsicológica tópica y dinámica, luego completada con la visión económica. Por supuesto que después, esta teoría hacía más fácil orientarse en el material poco claro que se alcanzaba por la asociación libre, y exigía la tarea práctica de acertar a hallar el camino en cada caso.

Ya que cada caso de neurosis demostraba, sin excepción, que los traumas sexuales de la infancia eran el punto nodal de la sintomatología, se llegó a la construcción de la "teoría del trauma" en la histeria. Cuando se puso de manifiesto que también se hablaba, en la asociación libre, de traumas que era imposible que hubiesen ocurrido en la realidad, Freud tuvo que decidirse a hacer en la teoría una modificación que incluyó, tanto a la realidad psíquica como a la exterior, en especial la actividad fantasmiosa como factor para la formación de síntomas. No necesitamos aquí para decir el gran avance que significó este reconocimiento para la psicología analítica y el efecto que tuvo sobre la práctica y la técnica del análisis.

La necesidad práctica, en algunos casos de histeria de angustia, de mantener a los pacientes no sólo en la asociación libre, sino también en la superación de ciertos displaceres, como Freud prescribiera,<sup>5</sup> llevó a la consideración de todas esas cuestiones que se le clausuran al paciente en la cura, fuera de lo que se manifiesta abiertamente. La observación teórica de los procesos psíquicos que surgen como efecto de intervenciones "activas",

abrió una mirada profunda sobre la dinámica de los procesos anímicos, y hemos indicado en este recorrido que la utilización de una "actividad" entendida en el sentido más amplio, eleva la eficiencia del trabajo de la terapia en una medida sorprendente.

Los últimos trabajos de Freud que, en la construcción del estudio de la libido, persiguen ponerse al corriente respecto a la desatendida psicología del yo, muestran claramente que nuestro saber hacer técnico-terapéutico, en este respecto, se había adelantado mucho a la reflexión científica. En especial el último trabajo de Freud, del que escuchamos, por así decir, la obertura, en el VII Congreso en Berlín,<sup>6</sup> intenta poner en concordancia algunos hechos de la experiencia en la praxis con nuestro saber teórico, o por mejor decir, modificarlo y ampliarlo cuando no se dé abasto para explicar estas cuestiones.

De estos ejemplos podríamos decir, en resumen, que se desprende la impresión de que, así como las primeras concepciones teóricas básicas de Freud (que cristalizaron tras un trabajo minucioso e incontables impresiones prácticas) fueron el accicte más eficaz para la construcción de la técnica propiamente analítica (diferente de cómo se procedía anteriormente), así también, para avanzar —en la medida en que aprendimos a comprender y controlar el inconsciente— hacía falta un nuevo fragmento de teoría que a su vez mejoraría el saber hacer técnico.

El psicoanálisis parece haber arribado a un punto de desarrollo donde nuestro saber acerca de lo anteriormente desatendidos y de la mayor parte de la vida anímica, alcanza a abarcar sus contenidos y mecanismos para llegar a resultados terapéuticos considerables, siempre y cuando quede claro *cómo utilizar este saber de manera apropiada en la práctica*. Se pone de manifiesto que nos hemos ocupado demasiado poco de rendir cuentas precisamente acerca de este punto cardinal. Más bien parece que en los análisis se ponía énfasis en lo teóricamente significativo en lugar de lo analíticamente importante, mientras que, al contrario, lo práctico se sobrevaloraba fácilmente en la teoría.

<sup>5</sup> "Wege der psychoanalytischen Therapie", Conferencia en el V. Congreso Psicoanalítico, Budapest, 1918. [Sigmund Freud, "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica" (1919 [1918]), en *Obras completas, op. cit.*, t. XVII, pp. 151-163.]

<sup>6</sup> *El yo y el ello*, trabajo que entretanto apareció *in extenso*. [Sigmund Freud, "El yo y el ello" (1923), en *Obras completas, op. cit.*, t. XIX, pp. 1-66.]



De manera hiperbólica, el problema podría formularse diciendo que el psicoanálisis, que de ser una terapia se volvió una ciencia, incluso una *Wissenschaft*, tiene que diferenciar cuidadosamente qué de este inmenso edificio de enseñanza se mantuvo como siendo una terapia en sentido estrecho. En lugar de aplicar erróneamente la teoría, "terapéuticamente" a ojo de buen cubero, hay que preguntarse qué de todo el psicoanálisis se demostró útil para *aplicarlo en la medicina* y qué queda como *saber psicológico general*, como teoría o, en todo caso, como "terapia de los normales" (pedagogía). Por ejemplo, los "complejos" son un resultado de la teoría que mantiene su valor para la psicología normal, pero cuyo establecimiento nunca podrá ser resultado de los esfuerzos terapéuticos ("analizar extrayendo un complejo") que, más bien, tendrían que constituirse en su antecedente. Era un error comprensible pero fatal de algunos seguidores, pensar que en el análisis, el sólo hecho de encontrar un error (en el desarrollo), tendría inmediatamente efectos terapéuticos; al contrario de esta comprensión "so-crática" unilateral, el remedio verdaderamente efectivo ha de buscarse en la asociación correcta de la afectividad con la esfera intelectual.

Como de manera natural y necesaria hay efectos recíprocos entre técnica y teoría del análisis, así hubo, también, dada la naturaleza de las dos partes, influencias *perturbadoras* o *inhibitorias*. Lo que entendemos por influencias "perturbadoras" de la teoría sobre la práctica, lo hemos mostrado principalmente en la parte crítica. En general se puede decir que las ventajas que para la psicología normal produjo la impresionante ampliación de nuestro saber acerca del inconsciente, no siempre se hizo suficientemente útil para el interés terapéutico. Ese estilo de saber muy teórico fue un gran obstáculo para el saber hacer práctico. El médico con demasiado saber tenía, por así decir, "*les défauts de ses avantages*". Para una ciencia joven, en formación, como era el caso del análisis, se podía considerar justo que el médico analista supiera anudar entre sí las dos tareas de curar e investigar, como lo hizo Freud en forma ejemplar. Se entiende que la tendencia de alcanzar este ejemplo, no pocas veces llevó, más bien, a una confusión que a una relación de ambas tareas.

El analista teorizante siempre corre el riesgo de buscar, por amor a una afirmación recién planteada, los argumentos que la demuestren, mientras supone estar llevando a cabo el proceso de cura de una neurosis. Así podían hallarse confirmaciones importantes para ciertas teorías, pero el proceso de la cura en el dinamismo anormal de la vida anímica, prácticamente no se realizaba por esa vía. Las curas que se lograban rápidamente con ayuda de un saber más limitado, no son para nada equivalentes a aquellas a las que, sobre la base de una visión más honda, se llega aunque en un *tempo* más lento.

Las primeras comunicaciones de Breuer y Freud, que operaban con pocas y sencillas representaciones, informaban sobre curas brillantes que a veces se alcanzaban en pocos días o semanas. Brillantes éxitos semejantes fueron experiencia de cualquiera de nosotros al principio de su recorrido psicoanalítico, a algunos quizá desde antes de que aplicaran el análisis; porque los éxitos en la cura se alcanzaban con todas las medidas psicoterapéuticas, sin que demostraran, por la ignorancia de los procesos que ocurrían, algo a favor o en contra del método aplicado. En qué medida vale esto también para el psicoanálisis que, por cierto, nunca ha sobrevalorado sus actuales y ya indiscutibles éxitos terapéuticos como demostración de los aciertos de su teoría, es un asunto que tocaremos brevemente en el último capítulo. Si con el crecimiento de nuestros conocimientos y con la experiencia de cada uno los informes de dichas curaciones milagrosas se hicieron cada vez más escasos y los análisis se volvieron más largos, no queremos que este hecho, al igual que los éxitos rápidos del inicio, se utilice contra la enseñanza psicoanalítica. La duración del tratamiento nunca puede ser un argumento contra la pertinencia de un método, si sólo se demuestra a posteriori que la duración fue un desvío necesario e inevitable para alcanzar mejores resultados en una terapia de efectos causales.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Los pacientes que se quejaban de la larga duración del tratamiento psicoanalítico, tenían razón en cierto sentido. Pero podemos decir al respecto, con buenas bases, que esta extensión temporal entrañaba, después de todo, un mejor resultado.



Si se puede recomendar al practicante que resuelva las lagunas del saber teórico por el estudio correspondiente y el propio análisis, tendría que recomendárseles a los muy teóricos que mantengan en reserva su interés teórico durante el análisis práctico, y que aborden cada nuevo caso así, como nuevo, es decir, no cerrándose ante nuevas experiencias.

Esta necesidad de una disposición teórica que no se proponga nada respecto al paciente, no debe presentársenos como una tendencia anticientífica; conocemos el valor de una disposición científica que está atada a la atención concentrada en un tema teórico específico a ser trabajado, desde la perspectiva de la exigencia científica. Nuestra crítica se dirige solamente contra la sobrevaloración, el quedarse fijado en esta o aquella fase del desarrollo del psicoanálisis, en especial en aquellos puntos en los cuales la relación correcta entre teoría y práctica no está suficientemente reconocida o no fue considerada, en tanto gran parte de ello fue tomado de manera muy literal, o de manera muy general, sólo pertinente para una conexión específica y una etapa específica del conocimiento. Consideramos que la mayor parte de las fallas en la técnica y ciertas dificultades terapéuticas de ahí derivadas, son resultado de una orientación limitada acerca de cómo entender lo verdaderamente esencial en el método psicoanalítico y el verdadero sentido y la meta de un tratamiento psicoanalítico.

## V

### Resultados

Los inicios del psicoanálisis fueron puramente prácticos. Sin embargo, muy pronto surgieron como productos laterales de la influencia terapéutica en los neuróticos, *perspectivas científicas* del montaje y la función del aparato psíquico, de su historia individual y de sus procedimientos, y, finalmente, de las bases biológicas (*teoría de las pulsiones*).

Como resultado principal del adecuado efecto retroactivo de estos conocimientos sobre *la praxis psicoanalítica*, se colocó el descubrimiento del *complejo de Edipo* como *complejo central* de la neurosis y el sentido de la *repetición* de la relación edípica en la *situación analítica* (transferencia).

Lo esencial de la intervención analítica propiamente dicha, no consiste, sin embargo, ni en la constatación de un "complejo de Edipo" ni en la simple repetición de la relación edípica en la relación con el analista; se trata más bien de la disolución, es decir, de la *liberación de la libido infantil* de sus fijaciones a los primeros objetos.

Así se fue desarrollando la cura psicoanalítica, como ahora lo entendemos, en un método que tiene el sentido de *pasar por la total experiencia* de la relación edípica, en la relación del paciente con el médico, para después conducirla, con ayuda del reconocimiento, a una nueva y mejor resolución.

Esta relación se establece por sí misma bajo las condiciones del análisis; sobre el analista recae la tarea de descubrirla en señales tenues, y de dar lugar, en el paciente, a la *total reproducción en la experiencia analítica*; de tanto en tanto debe proporcionar, a través de ciertas medidas, que estas huellas se desplieguen (*actividad*).

Los conocimientos teóricos significativos e imprescindibles acerca del desarrollo anímico normal (teoría de los sueños, teoría sexual, etc.) se utilizan en la praxis solamente en tanto ayudan a hacer posible, en la situación analítica, la aspiración y el alivio de la reproducción de las relaciones edípicas. Perderse en detalles de la historia del desarrollo del individuo *sin* producir en cada caso esta conexión, es prácticamente incorrecto e infructuoso, además de que arroja resultados teóricos mucho menos confiables que aquellos que, en el sentido antes expuesto, se hacen valer en la práctica.

*La importancia científica del manejo correcto de la técnica*, hasta ahora descuidada, necesita encontrar la valoración que le corresponde. Esto es, que los resultados teóricos deben aplicarse retroactivamente sobre la técnica en forma menos mecánica de como se hacía antes; más bien, se trata de una constante *corrección de la teoría a través de las nuevas perspectivas adquiridas en la praxis*.

De su punto de partida puramente práctico, el psicoanálisis llegó, bajo el impacto de los primeros discernimientos sorprendentes, a una *fase de reconocimiento*. Los flamantes éxitos de la cura que aparecieron al principio, resultaron insatisfactorios respecto al rápido avance del reconocimiento teórico general de los mecanismos anímicos, de manera que uno tenía que estar advertido de que el saber recién adquirido, que se adelantaba en mucho al saber hacer terapéutico, tenía que ponerse al unísono con éste.

Nuestra exposición señalaba, en este sentido, el comienzo de una fase que, contrapuesta a la anterior, llamaremos *fase de vivencia* [*Erlebnisphase*].<sup>1</sup> Mientras que antes uno se esforzaba por alcanzar la reacción terapéutica como reacción a la comprensión del paciente, ahora nos ocupamos de que el saber acerca del psicoanálisis hasta ahora alcanzado, se ponga inmediatamente al servicio de la terapia en tanto, sobre la base de nuestros recono-

cimientos, *provocquemos* de manera directa las *vivencias* correspondientes y *expliquemos* al paciente solamente esta vivencia que le es natural e inmediatamente evidente.

El saber, sobre cuya base estamos en condiciones de intervenir en el lugar adecuado y con la dosis correspondiente, consiste básicamente en la convicción acerca de la importancia universal de ciertas *vivencias tempranas fundamentales* (como por ejemplo el conflicto edípico), cuyo efecto traumático en el análisis —al estilo de las “curas incitadas” en la medicina— se actualiza, y bajo la influencia de la experiencia vivida de manera consciente por primera vez en la situación analítica, se lleva a un desenlace<sup>2</sup> efectivo.

Este estilo de la terapia se acerca, en cierto sentido, a una *técnica educativa*, similar a la educación misma, que reside mucho más en el momento de la vivencia que en el momento de la explicación. También aquí, como en la medicina, se repite el enorme avance de lo puramente intuitivo y por ello muchas veces con intervenciones fallidas, hacia la conciencia de la meta, dada la *comprensión* en la que descansa la introducción en la *vivencia analítica*.

<sup>1</sup> En *Erlebnis* está *leben* que es “vivir”. Se ha venido traduciendo como “experiencia”, y también como “vivencia”. [N. de T.]

<sup>2</sup> En alemán: *Ablauf*. [N. de T.]

## VI

### Perspectivas

Si bien advertíamos que difícilmente sería factible exponer la historia del psicoanálisis bajo la perspectiva de los efectos de ida y vuelta entre teoría y praxis, nos parece que por lo menos hemos bosquejado a grandes rasgos este camino de su progreso y pensamos estar en condiciones de adivinar los que tome en el futuro.

Del punto de partida puramente práctico de la *catarsis* breueriana, el camino —varias veces expuesto— llevó a lo que es propiamente el psicoanálisis freudiano, que a través del avance constante de logros técnicos, se volvió un edificio teórico científico que cimentaba una psicología totalmente nueva. Mostrábamos cómo, por confusión de esta doble función del psicoanálisis y las inevitables visiones parciales que esto podía, o más bien, debía propiciar, se sobrevaloraba un sentido en detrimento del otro y viceversa. El último extremo de este movimiento pendular, fue el de tomar una dirección muy teorizante, como demostró la impresión general en el último congreso en Berlín (septiembre de 1922). Nuestras exposiciones intentaron, en respuesta, propiciar el equilibrio necesario a través de la correspondiente acentuación del punto de vista práctico, yéndonos quizás al otro extremo.

Esta advertencia no debe apartarnos a nosotros mismos de reflexionar, aunque sea en lo general, acerca de los posibles desarrollos en la dirección teórica, con la esperanza de que la consiguiente reflexión por lo menos se acerque en puntos específicos a la realidad.

En el Congreso de Budapest (septiembre de 1918), en la conferencia de Freud sobre los “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” tal como él los imaginaba, lo fundamental ya

estaba predicho. Sólo llama la atención que, desde nuestro punto de vista, los planteamientos de Freud no encontraron en la praxis la valoración que les corresponde,<sup>1</sup> sino más bien, parecía que el eminente sentido práctico del psicoanálisis quedaba inundado por una ola teórico-especulativa. Esto nos llevó a revalorar estos planteamientos de Freud para subrayar las perspectivas prácticas —que Freud mismo nunca perdió de vista— en relación a su importancia teórica.

Se sabe que los psicoterapeutas anteriores a Breuer eran activos de manera extrema; sin embargo, solamente eran activos, porque les faltaba la perspectiva acerca de los mecanismos anímicos de la enfermedad, así como acerca de su propia práctica y sus efectos. En la medida en que achababan instintivamente en cada caso, seguramente tenían y tienen éxito debido a los efectos en los pacientes de su propia forma de acción (enérgica o cariñosa según el caso), sin comprenderla. El enorme avance que representa el psicoanálisis de Freud y que rebasa a la catarsis de Breuer, es el reconocimiento del sentido de la transferencia para la terapia. Todos los avances posteriores de la técnica analítica pueden calificarse, en general, como articulaciones e indicaciones útiles que son consecuencia de ese reconocimiento esencial. También los avances técnicos más importantes de Freud derivan de este planteamiento original de la práctica (por ejemplo, el reconocimiento del núcleo edípico infantil en la situación transferencial). Al mismo tiempo que desarrollaba la enseñanza psicoanalítica en extensión y profundidad, Freud nunca se alejó, en lo técnico, del hecho fundamental de la vivencia afectiva como factor esencial de la cura.

Para esto es necesaria la capacidad, más bien escasa, de dirigir el conocimiento, conforme avanza, hacia su calidad de agente terapéutico. No a todos les es dada la posibilidad de mantener separados el interés teórico y las necesidades de la práctica, y

<sup>1</sup> Una excepción digna de mencionarse son los esfuerzos para crear *institutos policlinicos* cuya fundación, como es sabido, tiene su punto de partida en esta perspectiva de Freud. Cfr. el "Informe sobre la policlínica en Berlín" (marzo de 1920 a junio de 1922) del doctor M. Eitingon (*Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* VIII, 1922; y por separado en *Internat. Psä Verlag*).

aun así interconectarlos en la medida de lo posible. Se vuelven comprensibles las exageraciones teóricas en la práctica, contra las cuales se dirigieron nuestras críticas, mientras que los consejos positivos iban en el sentido de señalar cómo el conocimiento psicológico construido analíticamente, se pone al servicio de la praxis, es decir, del momento de la vivencia analítica.

Se incurriría en un error si de lo dicho hasta aquí se concluyera que desvalorizamos la teoría o al conocimiento por sí mismos. No es el caso. Lo que pensamos es que, a este respecto, es inevitable un cambio de la postura hasta ahora sostenida. Somos de la idea de que el analista, como cualquier otro especialista, nunca sabe lo suficiente; pero nos oponemos a que cada vez, el paciente sea iniciado en todo este saber, o que el saber teórico psicológico alcanzado por el análisis tenga que redescubrirse en cada caso para de esa forma adquirir conclusiones que en realidad ya se tenían.

Esta afirmación lleva a una observación acerca de las posibilidades que ha habido hasta ahora de aprender el psicoanálisis. Durante mucho tiempo, ni siquiera las hubo. Los analistas que empezaban, contaban exclusivamente con los libros para obtener conocimientos. Por lo tanto, este conocimiento era teórico, y se intentaba, simplemente, aplicarlo al enfermo. Si querían ir más allá de eso, no les quedaba más remedio que tomar al enfermo como objeto de estudio, lo cual es usual en la medicina. A consecuencia de la formación puramente teórica, estas investigaciones en *anima vili* también se iban hacia lo teórico. Tales experiencias fueron poniendo en claro que la única formación previa adecuada, era la experiencia del propio análisis. Por esto se instituyó, en los centros de enseñanza de las policlínicas, la regla de que todo aquel que quisiera dedicarse al análisis, primero tenía que hacer su propio análisis con un analista que ya tuviera experiencia. Así como en las curaciones analíticas la transmisión del conocimiento escolar sobre las enfermedades infantiles era algo que correspondía a la disciplina, consideramos que un "análisis didáctico" es aquel que no se distingue en nada del análisis terapéutico. ¡De que otra forma podría el futuro analista aprender la técnica, si no la experimenta de la misma manera en que después deberá aplicarla! Además, depende de

los resultados del análisis si se trata de un análisis didáctico y no de uno terapéutico; es decir, si la intención y aptitud para el oficio psicoanalítico se mantienen.

A la luz de algunas experiencias, estaría uno tentado a preguntarse si nuestros análisis terapéuticos no habrán sido, hasta ahora, demasiado "didácticos", mientras el denominado análisis didáctico, transmitiría menos el análisis que la enseñanza, la cual tenía que adquirirse después, y en forma separada.

Podríamos formular nuestro punto de vista respecto a esta pregunta diciendo que *el 'saber demasiado' del paciente, tendría que sustituirse por un 'saber más' del analista*. En lugar del saber teórico que se le "ocurre" al analista con el material asociativo del paciente, en lugar de manifestar en voz alta la propia línea asociativa paralela, el analista tendría que elaborar en sí mismo el material y dar a conocer sólo aquello que tiene que ver con la comprensión de la vivencia analítica del paciente.

Por medio de este desplazamiento del acento del saber y el actuar del *médico*, el cuadro del tratamiento analítico podría asemejarse, con el tiempo, —por lo menos en apariencia— a las psicoterapias no analíticas, incluso a los métodos usuales del tratamiento médico. La gran diferencia reside en que el analista, con base en las conexiones correctas de su saber con los datos individuales manifestados por el paciente, reconoce el momento preciso, la forma y dosificación de su intervención, mientras que en todos los otros métodos psicoterapéuticos, se llega a esto por pura impetuosidad, o con ayuda de una incontrolable intuición "artificial".

En la *hipnosis*, por ejemplo, el médico alcanzaba efectos pasajeros y no radicales porque la utilización de la hipnosis ocultaba todos los motivos psíquicos eficaces. Por eso mismo fue descartada por Freud en favor del método de la asociación libre, que dio lugar a la comprensión del juego de las fuerzas psíquicas. Reconocemos con Freud que la hipnosis debe sus éxitos innegables a la total suspensión de las resistencias intelectuales (éticas, estéticas, etc.). Si fuera posible, por ejemplo, asociar esta invaluable ventaja de la técnica hipnótica con la ventaja

analítica de resolver la situación afectiva hipnótica, se lograría un enorme avance de nuestro saber hacer terapéutico.

En este sentido, el psicoanálisis nos ha esclarecido hasta el punto de enseñarnos que el núcleo de las relaciones afectivas en la hipnosis, es la situación edípica. Pero aún nos debe una comprensión más honda de lo específico del estado hipnótico. Si se lograra comprender del todo la naturaleza del lazo hipnótico con el médico —el cual no se ha terminado de esclarecer a través de la naturaleza de la transferencia— entonces el analista podría poner de nuevo la hipnosis al servicio de su técnica, sin temer el hecho de no ser capaz de deshacer el cordón umbilical afectivo con el que el paciente está unido a él. La posibilidad de reinstaurar la hipnosis u otros medios sugestivos en la terapia analítica, sería quizá "la última piedra" del desarrollo hacia una simplificación de la técnica analítica, que en nuestro concepto, y debería ser su tendencia. Después de todo, una meta del psicoanálisis es que en su técnica, los procesos intelectuales se sustituyan por vivencias afectivas; esto se alcanza de manera extrema en la hipnosis en tanto que la conciencia se enciende y se apaga según se requiera.

Eliminar sobre todo las resistencias intelectuales, es algo que se requiere cada vez más desde que el psicoanálisis comenzó a penetrar en capas más amplias de las conciencias, cuyo saber se pone al servicio de las resistencias que aparecen en la cura. Esta circunstancia fue uno de los motivos importantes que nos obligaron a transformar nuestra técnica y a continuar ajustando la técnica a los avances de la sociedad respecto al conocimiento del origen y la naturaleza de las neurosis. Según la profecía de Freud, la divulgación de los conocimientos psicoanalíticos llevará, con el tiempo, a que las actuales formas de las neurosis desaparezcan automáticamente.

Reconocemos de nuevo dos clases de saber actuante: uno que apoya la terapia, que puede evitar profílicamente las neurosis (educación infantil analítica), y otro que se establece en la cura como obstáculo. Esta última dificultad se paraliza por el hecho de que —por lo pronto— el conocimiento del analista rebasa por mucho al de la generalidad.



Así, todo el desarrollo en el futuro próximo tiende a simplificar la técnica psicoanalítica. Puede ser que esto de lugar a una cierta apariencia de monotonía y de proliferación de fórmulas; pero el verdadero practicante fue siempre artesano y básicamente debe seguir siéndolo. La aplicación al material *individual*, de ciertos esquemas que no representan otra cosa más que el sedimento de un conocimiento difícilmente adquirido, siempre será lo esencial en psicoanálisis; a través de lo cual se abre el espacio de juego tanto al funcionamiento de cierta habilidad, como a la consecuente investigación. La reducción del método a elementos más sencillos —lo cual debe producir nuestro saber en tanto avanza— tendría la valiosa ventaja práctica, por un lado, de que la adquisición del conocimiento psicoanalítico sería mucho más fácil para los médicos en general (es decir, no sólo para los psicoterapeutas) y por el otro, de que se simplificarían tanto la forma como la duración del tratamiento.

En esta perspectiva del saber hacer práctico, ya no sería necesario sostener en forma tan estricta el aislamiento que fue necesario para la creación y formulación del psicoanálisis; no nos sorprenderíamos de que llegara el momento en que otros métodos psicoterapéuticos que han demostrado su eficacia en sentido analítico (como intentamos mostrar con el ejemplo de la hipnosis), se asociaran legítimamente al psicoanálisis. Freud mismo consideró una posibilidad futura para la aplicación masiva de la terapia psicoanalítica, cuando planteó que "el oro puro del análisis bien podría alearse al cobre de la sugestión directa, y la influencia hipnótica encontrar de nuevo un lugar"<sup>2</sup>

La penetración del saber psicoanalítico en el pensamiento médico, es decir, la posibilidad de adquirir un conocimiento más afinado de lo humano, servirá para que una ponderación más precisa de todas las intervenciones, afecte más convenientemente a los factores *psíquicos* y por ello la práctica resulte más eficaz. Ya hoy, algunos médicos internistas, ginecólogos y cirujanos han intentado apropiarse de artificios psicoanalíticos y en la medida

en que han hecho buen uso de ellos, han tenido sorprendentes éxitos en sus especialidades. Para nosotros no son sorprendentes estos éxitos, sin embargo esperamos que una formación médica, con metas analíticas conscientes, afectará a toda la práctica médica. Incluso es de esperarse que el conocimiento psicoanalítico, es decir, sobre el hombre, llegue a anudar a la totalidad del conocimiento médico para unificar las especializaciones de esa disciplina tan atomizada. El antiguo médico familiar, amigo y consejero de la familia, adquiriría de nuevo su trascendente función, en un sentido mucho más profundo. Sería el observador comprensivo y conocedor íntimo de toda la personalidad, ejerciendo una influencia conveniente en el desarrollo de los niños desde el nacimiento y a través de la educación, en las dificultades de la pubertad y la elección de oficio, en el matrimonio, en conflictos psíquicos más o menos difíciles, en enfermedades orgánicas y del ánimo. Su papel de consejero no se restringiría a lo corporal, sino abarcaría momentos psíquicos que podrían considerarse más importantes, así como la mutua influencia de lo físico y de lo psíquico.

A partir de la familia, este médico de almas ejercería una influencia, aún imaginada, sobre la sociedad, sus costumbres y su estado, actuando de manera indirecta sobre el mejoramiento de la educación y de esa forma colaborando en la profilaxis de las neurosis. La unificación en la persona del médico de conocimientos hasta ahora tan heterogéneos, sería, quizás, una aportación a la unificación de la ciencia que hasta ahora se divida tajantemente en disciplinas de la Naturaleza y del Espíritu. Ya ahora podemos decir que la intervención del conocimiento psicoanalítico ha afectado, por ejemplo, a la biología, en tanto que ha creado las bases para una teoría de las pulsiones totalmente nueva, que representa nuevos caminos para la teoría del desarrollo biológico. La aplicación del psicoanálisis, por ejemplo, en la dirección moderna que toma la química fisiológica (secretiones internas, etc.), está muy próxima: también el análisis de las neurosis afecta al mecanismo sexual cuya significación ha acentuado Freud en sus *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905).<sup>3</sup>

<sup>2</sup> *Caminos de la terapia psicoanalítica*, 1918. [Cfr. cita completa en español: Sigmund Freud, "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica", *op. cit.*, p. 163.1 [N. de E.]

<sup>3</sup> Sigmund Freud, "Tres ensayos de teoría sexual" (1905), en *Obras completas*, *op. cit.*, t. VII, pp. 109-222. [N. de E.]

También la perspectiva unilateral de la etiología tóxica de las psicosis podría, en conexión con el psicoanálisis, llevar la aparición de estas enfermedades por sorprendentes caminos terapéuticos.

Además de que el conocimiento psicoanalítico se convirtiera en el futuro en un bien de la comunidad médica, que resulte tan imprescindible como por ejemplo nuestro conocimiento actual sobre la anatomía y la fisiología, naturalmente habrá también terapéuticas especialmente preparadas quienes — como ya los hay ahora — no necesariamente tienen que ser médicos, puesto que la educación, así como las penas del alma, implican tareas psicoterapéuticas y profilácticas. De esta forma se resuelve la pregunta un tanto tendenciosa de algunos especialistas, acerca de si los "legos", es decir, los no médicos, puedan dedicarse al análisis. Hoy por hoy, la cuestión es distinta: los médicos, determinados por la perspectiva unilateral de su formación en las ciencias naturales, son legos en las cuestiones psicológicas.<sup>4</sup> Se puede decir que su natural pensamiento psicológico limita, hasta cierto punto, la comprensión de lo psíquico. Por su parte, la concepción básica del psicoanálisis está construida sobre pocos supuestos generales acerca de lo humano, de manera que para su comprensión y manejo, además de la sólida formación analítica, basta con una sólida cultura general; el dominio de las disciplinas médicas no es una condición necesaria, como puede seguirse de los trabajos de Freud al respecto.<sup>5</sup> El sentido del psicoanálisis ha sido reconocido, hasta ahora, mucho más por no médicos que por los médicos. Hace poco, en un congreso público, un joven representante de la psiquiatría moderna hizo a sus colegas el reproche de que, siendo ellos los propiamente responsa-

<sup>4</sup> Hace apenas poco tiempo se ha reparado en la necesidad de incluir materias psicológicas en los estudios de medicina.

<sup>5</sup> *Sobre psicoanálisis*, 1910: "El médico, que a través de sus estudios ha aprendido mucho de lo que para el lego queda inaccesible, deja, ante los detalles del fenómeno histérico, todo su saber en el abandono." "No puede entender la historia; respecto a ella, está como un lego." Por eso dice Freud que fue ventajoso llegar con los médicos hasta un punto, el diagnóstico, y después, podemos separarnos de ellos. [Cfr. cita completa en español: Sigmund Freud, "Cinco conferencias sobre psicoanálisis" (1910 [1909]), *Obras completas*, op. cit., t. XI, p. 9.] [N. de E.]

bles, habían descuidado asumir la guía a través de las preguntas que se hace el psicoanálisis.<sup>6</sup> El futuro próximo ya se deja vislumbrar en ciertos países donde la medicina oficial tiende a mejorar, de manera que la introducción del psicoanálisis en el saber general de la gente hará que desaparezcan por completo las discusiones de los científicos especialistas en torno a los límites de sus disciplinas.

Lo que Freud pudo prever en "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" (conferencia, 1910), que nuestros éxitos terapéuticos serán mucho mayores cuando se nos reconozca la *autoridad* que en general se adjudica a los médicos especialistas, es algo que está en vías de realizarse; pero la verdadera eficacia podrá desplegarse en este factor social no desdeñable, cuando las resistencias intelectuales y cualesquiera otras, se hayan derrumbado, quizá también bajo el efecto de los cambios en la técnica que añaden a esta perspectiva.

Si hemos intentado aventurarnos, a partir de aquello con lo que ahora contamos, a vislumbrar perspectivas del futuro del psicoanálisis, nos parece que se trata de algo más que de un ocioso juego de la fantasía. Si llevamos esta sucesión de reflexiones a un final consecuente, llegamos a un punto en el cual nuestra exposición resulta hasta aquí justificada, en tanto se incorpora, no de manera recitilínea, sino orgánicamente en un desarrollo amplio. El avance fundamental del psicoanálisis reside, a fin de cuentas, en una enorme expansión de la conciencia; expresado en el sentido de nuestra metapsicología, se trata de la emergencia, al nivel del pensamiento preconscious, de contenidos anímicos pulsionales inconscientes. Esto representa, desde nuestro punto de vista, un avance tan importante en el desarrollo, que puede valorarse como un paso biológico del progreso de la humanidad, un paso que se realiza por primera vez bajo una especie de autocontrol.

Bajo la influencia de esta ampliación de la conciencia, también el médico, cuyo oficio proviene del curandero, el mago, el

<sup>6</sup> Cfr. "Autoreferat" de Pninzhorn en *Internationale Zeitschrift für PsA* VIII, 1922, p. 386.

charlarán, y que en sus mejores representantes mantiene algo del antiguo artista, llegará, cada vez más, a volverse un conocedor de los mecanismos animicos, y de esta forma hará verdadero el dicho que dice que la medicina es el arte más antiguo y la ciencia más joven.

*Sándor Ferenczi - Otto Rank*

*Metas para el desarrollo del psicoanálisis.*

*De la correlación entre teoría y práctica*

se terminó de imprimir en febrero de 2005 en

Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.

Calle 2 núm. 21, Col. San Pedro de los Pinos

Tel.: 5515 1657

La edición consta de 300 ejemplares.