

FERENCZI

49

II

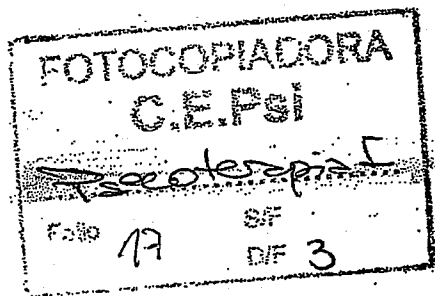
EL PROBLEMA DEL FIN DEL ANÁLISIS<sup>1</sup>

Señoras y señores:

Permítanme que comience evocando un caso que me ocupó intensamente hace algún tiempo. Se trata de un paciente en quien el análisis tenía por objeto principal algunas anomalías y singularidades de carácter, además de diversos problemas neuróticos; de repente advertí (tras más de ocho meses de análisis, anótenlo) que durante todo aquel tiempo me había inducido al error respecto a un importante dato de tipo financiero. Al principio aquello me causó gran embarazo. La regla fundamental del análisis, sobre la que se funda toda nuestra técnica, exige que se diga sin reserva, lo más cercano a la verdad, todo lo que se presente<sup>2</sup>. ¿Qué hacer en un caso donde lo patológico consiste precisamente en la necesidad de mentir? ¿Hay que dudar de entrada de las posibilidades del análisis en perturbaciones caracteriológicas de este tipo? Yo no tenía el menor deseo de firmar tal certificado de indigencia a propósito de nuestra ciencia y de nuestra técnica. Así que proseguí el trabajo y fue sólo la exploración de esta necesidad de mentir la que me proporcionó la ocasión de comprender determinados síntomas del paciente. Efectivamente, un día en el transcurso del análisis, ante el descubrimiento de su mentira, el paciente dejó de venir a la sesión, sin mencionar al día siguiente su falta.

<sup>1</sup> Conferencia pronunciada en el X Congreso Internacional de Psicoanálisis, en Innsbruck, el 3 de septiembre de 1927.

<sup>2</sup> *Einfall*: término alemán difícil de traducir que expresa todo lo que hace irrupción, lo que cae dentro (N. del T.).



4

Al preguntárselo, afirmó con gran dureza que sí había venido la víspera. Como estaba seguro de que yo me hallaba ausente, le empujé a que constatará la realidad, pues me supuse víctima de un fallo de memoria. En seguida nos convencimos los dos de que no sólo había olvidado su cita sino también todos los sucesos del día en cuestión. Poco a poco fue posible llenar parcialmente aquella laguna de la memoria, utilizando en parte las preguntas a testigos oculares. No quiero entrar en el detalle de este incidente, sino que me limitaré a señalar que el paciente había pasado la jornada olvidado, medio ebrio, en diferentes establecimientos, de día y de noche, en compañía de hombres y mujeres de baja ralea a los que no conocía.

Se vio entonces que los problemas de memoria eran en él frecuentes. De modo que cuando obtuve la prueba irrefutable de su tendencia consciente a la mentira, me convencí de que el sintoma de división de la personalidad, al menos en él, era sólo el signo neurótico de esta tendencia a la mentira, una especie de confesión indirecta de su debilidad de carácter. De este modo, la aparición de pruebas de una mentira se convirtió en un dato favorable para la comprensión analítica<sup>3</sup>.

Sin embargo pronto supe que el problema de la simulación y el hecho de mentir durante el análisis debía ser objeto de reflexión a rápidos niveles. En un trabajo anterior había yo formulado la hipótesis de que en la primera infancia todos los síntomas histéricos producidos por el sujeto tenían aún el carácter de un cambio de dirección consciente; recordaba también la advertencia hecha por Freud a este respecto: desde el punto de vista del pronóstico, era un signo favorable y un presagio de curación próxima que el paciente expresara repentinamente la convicción de que, durante su enfermedad, no había hecho otra cosa que simular, pues a la luz de su comprensión analítica nuevamente adquirida y relativa a los mecanismos del inconsciente<sup>4</sup>, no podía

<sup>3</sup> No dudo en generalizar esta única observación y en presentar todos los casos llamados de «división de la personalidad» como síntomas de una insinceridad parcialmente consciente que obligaría a ciertos sujetos a manifestar sólo una parte de su personalidad. En el vocabulario de la metapsicología, puede decirse que tal persona tiene *varias Super-Ego*, cuya unificación no se ha realizado. Del mismo modo, los sabios que no descartan a priori la posibilidad de «varias verdades» sobre un mismo tema, podrían ser personas cuya moral científica no ha alcanzado el estadio de la unidad.

<sup>4</sup> *Getrieb*.

retornar al estado espiritual en que dejaba a estos síntomas constituirse automáticamente sin la menor intervención de su saber consciente. Abandonar ciertamente la tendencia a mentir aparecía entonces como uno de los signos ciertos del próximo fin del análisis.

Ya hemos encontrado antes un estado idéntico, aunque con otro nombre. Lo que, según los principios de la moral y de la realidad, llamamos mentira en el niño y en patología llamamos fantasía. Nuestra principal labor en el tratamiento de un caso de histeria es esencialmente la exploración de la estructura fantasmiosa, que se produce de forma automática e inconsciente. Gran parte de los síntomas desaparecen mediante este procedimiento. Ello nos lleva a pensar que el desvelar la fantasía — que podría imaginarse como una realidad de tipo particular (Freud la llamaba una realidad psíquica) — bastaría para producir la curación; pero saber hasta qué punto este contenido fantasmioso representa una realidad efectiva, es decir física, o un recuerdo de una realidad así, parece no tener una importancia grande para el tratamiento y su éxito. Mi experiencia me ha enseñado algo distinto. He llegado a la convicción de que ningún caso de histeria puede ser considerado definitivamente resuelto mientras no se haya realizado su reconstrucción, en el sentido de una rigurosa separación de lo real y de lo puramente fantasmioso. Quien admite la verosimilitud de las interpretaciones analíticas sin estar convencido de su realidad efectiva, se reserva el derecho de evitarse ciertas experiencias desagradables mediante la huida a la enfermedad, es decir al mundo fantasmioso; su análisis no puede darse por terminado, si por ello se entiende la curación en sentido profiláctico. Podría generalizarse diciendo que el neurótico no puede considerarse curado hasta que no renuncia al placer del fantaseo inconsciente, es decir a la mentira inconsciente. No es mal camino para detectar esos nidos de fantasías o pillar al enfermo en flagrante delito de deformación de los hechos, aunque sea mínimamente, como ocurre con frecuencia durante el análisis. El afán de fomentar su propia vanidad, y el temor de perder la amistad del analista desvelando determinados sentimientos o hechos, inducen a todos los pacientes sin excepción a suprimir o reformar ocasionalmente los hechos. Las observaciones de este tipo me han convencido de que la exigencia de asociación libre que planteamos de entrada al paciente es muy importante y que

sólo se consigue de forma perfecta una vez ha terminado el análisis. Las asociaciones que arrancan de esta pequeña deformación actual conducen, a menudo, a sucesos infantiles análogos, pero mucho más importantes, es decir a la etapa en que la mentira, ahora automática, era aún consciente y deliberada.

Podemos con toda seguridad caracterizar las mentiras de un niño como mentiras de necesidad; la tendencia a la mentira, en relación con las primeras puede ser siempre algo impuesto por la necesidad. Esto sería por otra parte absolutamente lógico. Resulta más confortable ser sincero y franco que ser mentiroso. Por ello sólo puede forzarse a la mentira mediante la amenaza de una desgracia mayor. Lo que llamamos con armoniosos nombres: Ideal, Ideal del Ego, Super-Ego, debe su aparición a una represión deliberada de impulsos reales que ha sido preciso desmentir, mientras que los preceptos y los sentimientos morales impuestos por la educación, son situados en primer lugar con una insistencia exagerada. Aunque los profesores de ética y de teología moral no estén de acuerdo, hemos de afirmar que mentira y moral tienen algo que ver. En un principio, para el niño todo lo que es gustoso está bien. Entonces aprende a considerar y a sentir que muchas cosas de buen gusto son malas, y a descubrir que la obediencia a los preceptos que implican renunciaciones difíciles se transforma en fuente de felicidad y de satisfacción extrema. Era probable a priori, y nuestros análisis lo confirman con exactitud, que los dos estadios de la amoralidad original y de la moral adquirida estén separados por un período de transición, más o menos largo, en que cada renuncia impulsiva y cada afirmación del desagrado están netamente ligadas al sentimiento de la no-verdad, es decir de la hipocresía.

Desde este punto de vista, si el análisis debe convertirse en una verdadera reeducación de lo humano, hay que remontarse en él a la formación completa del carácter del ser humano que, en ocasión del rechazo impulsivo, se ha constituido como automatismo protector retornando hasta sus fundamentos impulsivos. Es preciso que todo vuelva a ser fluido para que luego, a partir de ese pasajero caos, pueda constituirse una nueva personalidad mejor adaptada y en mejores condiciones. En otros términos, esto querría decir que, teóricamente, ningún análisis sintomático puede considerarse terminado si no ha sido, simultáneamente o después, un análisis del carácter. Ya es sabido que en la práctica

pueden curarse mediante el análisis gran número de síntomas sin que se produzcan cambios demasiado notables. Algunas almas ingenuas, ignorantes de la aspiración que a pesar de él empuja al hombre hacia la armonía y la estabilidad, tendrán miedo y preguntarán qué pasará con un hombre que pierde su carácter en el análisis. ¿Podemos prometerle un nuevo carácter a su medida, como si fuera un vestido nuevo, para reemplazar al perdido? ¿No sucederá que el paciente, una vez despojado de su antiguo carácter, se dé a la fuga y se separe de nosotros desnudo, sin carácter, antes de tener dispuesta una nueva envoltura? Freud nos ha mostrado lo injustificado de estas dudas, afirmando que al psicoanálisis sucedía automáticamente la síntesis. En realidad, la disolución de la estructura cristalina de un carácter no es más que una transición hacia una nueva estructura, seguramente más adecuada, lo que en otros términos podemos llamar una *recristalización*. Es imposible describir detalladamente el aspecto de esta nueva vestidura, salvo en lo que se refiere a su ajuste que será mejor, o sea más adaptado a su objetivo.

Podían indicarse algunos rasgos comunes a las personas que han realizado un análisis hasta el final. La separación más neta del mundo fantástico y del real, obtenida mediante análisis, permite adquirir una libertad interior casi ilimitada, es decir simultáneamente un mayor dominio de los actos y de las decepciones; dicho de otro modo, un control más económico y más eficaz.

En los pocos casos en que he alcanzado este objetivo ideal, me he visto obligado a atribuir gran importancia a determinados aspectos de la presentación y del comportamiento del enfermo, habitualmente descuidados hasta ahora. Cuando he tratado de comprender las particularidades narcisistas y los manierismos de los enfermos afectados por los tics, he señalado la frecuencia con que los neuróticos, casi curados, resultan inaccesibles en lo que se refiere a este síntoma. Naturalmente un análisis profundo de la personalidad no puede detenerse ante tales singularidades; hemos de presentar a los pacientes una especie de espejo para que tomen conciencia, por vez primera, de las particularidades de su comportamiento, y hasta de su aspecto físico. Sólo quien ha experimentado, como yo, que incluso personas curadas por el análisis continúan presentando mímicas, actitudes corporales, movimientos y torpezas de las que todo el mundo ríe, sin que los

interesados los adviertan, pueden saber que un análisis radical debe hacer que quienes lo sufren tomen conciencia de sus secretos, que son por así decirlo públicos, aunque tal toma de conciencia resulte inevitablemente cruel<sup>5</sup>.

El analista debe dar siempre pruebas de tacto, pero es precisamente al ejercer esta parte del conocimiento de sí cuando debe darselas al máximo. Tengo por principio no advertir directamente a los enfermos estas cosas; en la continuación del análisis, sucede que pronto o tarde el propio paciente toma conciencia de ello por sí mismo, con nuestra ayuda.

Este «pronto o tarde» contiene una alusión a la importancia del factor tiempo para que un análisis pueda ser completamente finalizado. Ello no es posible más que si el análisis dispone de un tiempo, por decirlo así, infinito. Estamos de acuerdo con quienes pretenden que un tratamiento tiene tanta más garantía cuanto más tiempo dispone para su desarrollo. Se trata menos del tiempo físico, del que dispone el paciente, que de su determinación interior a mantenerlo todo el tiempo que sea necesario, sin calcular su duración real del tiempo. Con ello no quiere decir que no se den casos en que los pacientes abusan claramente de esta intemporalidad o ausencia de término.

Durante este tiempo puesto a su disposición, no sólo debe ser revivido todo el material psíquico inconsciente en forma de recuerdos y repeticiones, sino que debe ponerse en función el tercer medio técnico del análisis. Quiero hablar del factor de la translaboración<sup>6</sup> analítica, a la que Freud concede una importancia idéntica pero que hasta hoy no ha sido apreciada en su justo valor. Debemos relacionar esta translaboración, es decir la pena que uno siente, con la relación de fuerza entre lo rechazado y la resistencia, es decir con un factor puramente cuantitativo. El descubrimiento de la causa patógena y de las condiciones de la formación de los síntomas es, por decirlo así, un análisis cualitati-

<sup>5</sup> Aquí toca el psicoanálisis por vez primera en la práctica los problemas de la fisionomía y de la constitución física en general, (así como sus derivados: mímica, características grafológicas, etc.).

<sup>6</sup> *Durcharbeiten*. *Durch* quiere decir: a través. En latín, la preposición «trans», a través, más allá, no corresponde a la preposición «per» que significa también «entre, en, sobre, ante, por medio de». El diccionario de psicoanálisis de La Planché y Pontalis utiliza «perlaboración»; lo hemos traducido aquí como «translaboración», pero en nuestro equipo de traducción aún prosigue la discusión. Cada lector puede utilizar, a su gusto, *per* o *translaboración*.

vo. Es posible realizar tal análisis sin que se consiga la esperada modificación terapéutica. A veces ocurre que tras innumerables repeticiones de idénticos mecanismos de transferencia y de resistencia, vividos en el análisis, se produce de forma imprevista un progreso importante que sólo puede explicarse mediante el efecto del factor de translaboración. Pero muy a menudo ocurre a la inversa: tras un largo período de translaboración, el camino se halla abierto bruscamente hacia un nuevo material mnésico que puede anunciar el fin del análisis.

Hay una tarea difícil, pero muy interesante, que debe ser realizada en cada caso particular, y que afecta al ablandamiento progresivo de esas resistencias que consisten en dudar, más o menos conscientemente, de la fiabilidad del analista. Debe entenderse por fiabilidad que el analista ha de gozar de confianza en todas las circunstancias, y en particular que debe mostrar una absoluta benevolencia respecto al paciente, por muy incorrectas que puedan ser su conducta, su atención, o sus palabras. Podría hablarse de una tentativa inconsciente del paciente de probar la solidez de la paciencia del analista a este respecto, de manera metódica y variada en extremo, y esto no una, sino varias veces. Los pacientes someten de este modo a una observación extremadamente perspicaz el modo de reacción del médico a través de las manifestaciones de su palabra, sus gestos o su silencio. A veces analizan con mucha habilidad. Descubren los menores signos de las mociones inconscientes del analista, quien debe soportar tales tentativas de análisis con enorme paciencia; es un esfuerzo casi sobrehumano, pero que siempre vale la pena. Pues si el paciente no ha cogido al analista en el flagrante delito de mentir o de deformar, se llega poco a poco a reconocer que es posible ser objetivo incluso frente al niño más insostenible, si no puede descubrir ninguna tendencia a la soberbia en el médico, a pesar de todos sus esfuerzos por provocarlo, si debe admitir que el médico reconoce sus propios errores y despistes, entonces no es difícil que se dé, como si fuera una recompensa por el importante mal cometido, un cambio más o menos rápido en el comportamiento del paciente. Me parece muy probable que los pacientes intenten repetir, a través de estas tentativas, situaciones de su infancia en las que los educadores y los padres incomprensivos reaccionaron contra lo que llamaban maldad del niño con manifestaciones afectivas intensas, induciendo al niño a adoptar una actitud de rechazo.

La firmeza ante este asalto general del paciente impone como condición previa que el analista haya finalizado su propio análisis. Insisto en esto porque a veces se juzga suficiente que el candidato a psicoanalista haya conocido, durante un año por ejemplo, los principales mecanismos: un análisis llamado didáctico. Su evolución posterior queda abandonada a las posibilidades de aprendizaje ofrecidas por el autodidactismo. A menudo ha señalado en el pasado que no veía ninguna diferencia de principio entre análisis terapéutico y análisis didáctico. Quisiera completar esta proposición en el sentido de que no es siempre necesario, en la práctica clínica, profundizar el tratamiento hasta el punto que consideramos el fin completo del análisis; sin embargo el analista, de quien dependen tantos seres, debe conocer y dominar las debilidades más sutiles de su propia personalidad; lo que resulta imposible sin un análisis perfectamente terminado.

Naturalmente, los análisis muestran que son las tendencias libidinosas, y no sólo los simples impulsos de autoafirmación o de venganza, los verdaderos motivos de la formación del carácter, y de las resistencias que aparecen a menudo disfrazadas de forma grotesca. Tras haber hecho explotar toda su ira, el niño grosero muestra sus exigencias ocultas de ternura y de amor, con una ingenua franqueza. Ningún análisis puede darse por terminado mientras que la mayoría de las actividades de placer preliminar y de placer final de la sexualidad, en sus manifestaciones normales y anormales, no hayan sido vividas a nivel emocional, en la fantasía consciente; todo paciente masculino debe llegar a un sentimiento de igualdad de derechos respecto al médico, indicando así que ha superado la angustia de castración; cualquier enferma debe vencer su complejo de virilidad y abandonarse sin resentimiento a las potencialidades del papel femenino para que pueda considerarse que ha superado su neurosis. Este objetivo del análisis corresponde aproximadamente a la exigencia que Groddeck plantea a sus pacientes de revitalizar la ingenuidad paradisiaca. La diferencia entre nosotros radica en que él se esfuerza por alcanzar directamente este objetivo, partiendo del síntoma, mientras que yo intento llegar al mismo a través de la técnica analítica «ortodoxa», aunque el ritmo sea más lento. Con suficiente paciencia alcanzamos el mismo resultado sin presionar demasiado por nuestra parte.

Renunciar a la presión no significa renunciar a los medios

técnicos que he propuesto en otro lugar con el nombre de actividad. Lo que dije en el Congreso de Hombourg, lo mantengo todavía hoy. Ningún análisis puede acabar antes de que el paciente admita, de acuerdo con nuestras indicaciones —exentas del carácter de órdenes— cambios a nivel de su modo de vida y de su comportamiento que ayudan a descubrir y dominar determinados nidos de rechazo que, sin ello, permanecerían ocultos e inaccesibles. Empujar al paciente a abandonar el análisis, concediéndole como una liberación, puede dar resultados en algunos casos, pero en principio es un método rechazable. Si la presión ejercida por una circunstancia exterior fortuita acelera a veces el análisis, la presión del analista la prolonga a menudo inútilmente. El análisis termina de verdad cuando no hay suspensión ni por parte del médico ni por parte del paciente; el análisis debe morir por agotamiento, siendo el médico quien debe mostrarse siempre el más desconfiado y sospechar que el paciente quiere reservarse algo de su neurosis al expresar su voluntad de irse. Un paciente verdaderamente curado se desprende del analista con lentitud pero con firmeza; de tal modo que si el paciente quiere volver, siempre puede hacerlo. Podría caracterizarse el proceso de distanciamiento de esta manera: el paciente se ha convencido por fin de que el analista es para él un medio de satisfacción nuevo, pero siempre fantástico, que no le importa nada en el plano de la realidad. Cuando poco a poco supera el duelo por este descubrimiento<sup>7</sup>, se orienta inevitablemente hacia otras posibilidades de satisfacción más reales. Freud sabía desde hace tiempo que a la luz del análisis todo el período neurótico de una vida aparece como un duelo patológico que el paciente intentaría desplazar sobre la situación de transferencia, pero cuya verdadera naturaleza queda desenmascarada, lo que pone fin a la tendencia a repeticiones en el futuro. La renuncia analítica corresponde pues a la resolución actual de las situaciones de frustración infantiles que se hallaban en la base de las formaciones sintomáticas<sup>8</sup>. La aparición casi constante de una *transformación de los síntomas*

<sup>7</sup> *Einsicht*.

<sup>8</sup> Ferenczi contraponen los términos de *Entsagung* (renuncia) y de *Versagung* (frustración). Resulta difícil respetar la raíz común (sagen), pues en el primer caso es el sujeto el que renuncia, mientras que en el segundo se le impone la renuncia. Para expresar ambas ideas no disponemos de términos que tengan una raíz común (N. del T.).

antes del fin del análisis es una experiencia importante en el plano teórico, en el caso de los análisis que han llegado verdaderamente a su término. Sabemos, gracias a Freud, que la sintomatología de las neurosis es casi siempre el resultado de una evolución psíquica. El enfermo obsesivo, por ejemplo, sólo cambia poco a poco sus emociones en actos y pensamientos obsesivos. El histérico puede luchar durante mucho tiempo contra todo tipo de representación penosa, antes de llegar a convertir sus conflictos en síntomas corporales. Quien más adelante se volverá esquizofrénico o paranoico comienza su carrera patológica un poco como el enfermo afectado por una histeria de angustia: a menudo, tras un duro trabajo, consigue hallar una especie de autocuración patológica en un narcisismo exacerbado. Por lo tanto no hay que extrañarse cuando en el obseso, una vez que su sistema de pensamiento está suficientemente relajado y minado, aparecen síntomas histéricos y cuando en el enfermo afectado por histeria de conversión comienzan a producirse pensamientos y recuerdos bajo el efecto del análisis, una vez que sus síntomas físicos son ya insuficientes, mientras que antes elaboraba movimientos de expresión sin contenido consciente. Por ello es un buen signo cuando el obseso comienza a manifestar una emotividad histérica en lugar de pensamientos desprovistos de afecto, y cuando el pensamiento del histérico se torna temporalmente una obsesión. Es molesta la aparición de rasgos psicóticos en el transcurso de estas transformaciones de síntomas. Pero tampoco hay que alarmarse demasiado. He visto casos en que no había otro camino para la curación definitiva que el paso por una psicosis temporal.

Les he comunicado estas observaciones en apoyo de mi convicción de que el análisis no es un proceso sin final, sino que puede llegar a un término natural si el analista posee los conocimientos y la paciencia suficientes. Si me preguntan si puedo aportar muchos casos de análisis acabados de este modo les diré que no. Pero la suma de mis experiencias me lleva a las conclusiones enunciadas aquí. Estoy firmemente convencido de que cuando hayamos advertido nuestros errores y sepamos contar con los puntos débiles de nuestra personalidad, el número de casos analizados hasta el final irá en aumento.