

CONFUSION DE LENGUA ENTRE LOS ADULTOS Y EL NIÑO (1933b). El lenguaje de la ternura y de la pasión [1]

Sándor Ferenczi

Conferencia pronunciada en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Wiesbaden en septiembre de 1932. Título original: "Las pasiones de los adultos y su influencia sobre el desarrollo del carácter y de la sexualidad del niño".

Sería un error querer introducir a la fuerza, en un informe al Congreso, el amplio tema del origen exterior de la formación del carácter y de la neurosis. Por ello me contentaré con ofrecer un extracto de lo que hubiera querido decir. Hubiera sido útil indicar primero cómo me he planteado el problema formulado en el título. Durante una conferencia pronunciada en la Sociedad Vienesa de Psicoanálisis, con ocasión del sesenta y cinco aniversario del profesor Freud, hablé de una regresión en la técnica (y también en parte en la teoría de las neurosis) que se me impuso por determinados fracasos o resultados terapéuticos incompletos. Entiendo por ello la importancia atribuida recientemente al factor traumático tan injustamente olvidado en los últimos tiempos al tratar la patogénesis de las neurosis. El hecho de no profundizar lo suficiente en su origen externo supone un peligro, el de recurrir a explicaciones apresuradas relativas a la predisposición y a la constitución. Las manifestaciones que yo calificaría de impresionantes, las repeticiones casi alucinatorias de sucesos traumáticos que comenzaban a acumularse en mi práctica, autorizaban la esperanza de que, gracias a tal abreacción, importantes cantidades de afectos rechazados se impusieran en la vida afectiva consciente y pusieran pronto fin a la aparición de los síntomas; sobre todo cuando la superestructura de los afectos ha sido lo suficientemente dulcificada por el trabajo analítico.

Desgraciadamente esta esperanza sólo se ha realizado de manera imperfecta, y en muchos casos he tropezado con grandes dificultades. La repetición, estimulada por el análisis, había resultado demasiado bien. Podía constatarse sin duda una mejoría sensible de determinados síntomas, pero los pacientes comenzaban a quejarse de estados de angustia nocturna y sufrían incluso penosas pesadillas; la sesión de análisis solía degenerar en una crisis de angustia histérica. Esto, igual que la sintomatología que parecía alarmante, fue analizado de una forma concienzuda, lo cual convenció y tranquilizó aparentemente a los pacientes: el resultado, que se esperaba duradero, no lo era sin embargo y a la mañana siguiente el enfermo volvía a quejarse de una noche terrible, siendo la sesión de análisis una nueva repetición del trauma. Durante cierto tiempo me consolé diciéndome que el paciente ofrecía grandes resistencias o que sufría un rechazo del que no podía tomar conciencia para descargarse en sucesivas etapas. Al no apreciar ninguna modificación esencial tras una pausa bastante grande tuve que proceder una vez más a mi autocrítica. Yo aguzaba el oído cuando los pacientes me acusaban de ser insensible, frío, y hasta cruel, y cuando me reprochaban ser egoísta, sin corazón y presuntuoso; también cuando me gritaban «Por favor, ayúdeme rápido, no me deje morir en la desesperación ... ». Hice mi examen de conciencia para ver si a pesar de

mi buena voluntad, eran ciertas, sus acusaciones. Debo decir que tales explosiones de cólera y de furor sólo ocurrían excepcionalmente; a menudo, mis interpretaciones eran aceptadas por el paciente al fin de la sesión con una docilidad llamativa, incluso con desconcierto. A pesar de ser una inversión fugaz, me hizo sospechar que estos pacientes dóciles experimentaban en secreto impulsos de odio y de cólera, de modo que les invité a que abandonaran cualquier consideración respecto a mí. Tal oferta tuvo poco éxito y la mayoría rehusaron enérgicamente aceptar esta demanda excesiva, a pesar de que fue suficientemente apoyada por el material analítico.

Llegué poco a poco a la convicción de que los pacientes percibían con mucha finura las tendencias, las simpatías y antipatías, y el humor del analista, incluso cuando éste era inconsciente de ellas. En lugar de contradecirle y acusarle de flaquezas o de cometer errores, los pacientes se identificaban con él. Sólo en momentos excepcionales de excitación histérica, es decir en un estado casi inconsciente, podían reunir los pacientes suficiente coraje para protestar. Habitualmente no se permiten ninguna crítica respecto a nosotros; ni siquiera les viene a la mente, como no reciban nuestro permiso expreso o nuestro ánimo directo. Por ello no sólo debemos aprender a adivinar a partir de las asociaciones de los enfermos los hechos desagradables de su pasado sino que también hemos de averiguar las críticas rechazadas o reprimidas que nos dirigen.

Aquí chocamos con importantes resistencias, no ya las del paciente, sino las nuestras. Ante todo debemos ser analizados y conocer a fondo nuestros rasgos de carácter desagradable, tanto exteriores como interiores, a fin de aceptar lo que las asociaciones de nuestros pacientes pueden contener de odio o de desprecio oculto.

Esto nos lleva al problema de saber hasta dónde debe llegar el análisis del analista, asunto cada vez más importante. No hay que olvidar que el análisis en profundidad de una neurosis exige casi siempre muchos años, mientras que el análisis didáctico habitual sólo dura algunos meses, o a lo sumo año y medio, lo cual puede llegar a crear la imposible situación de que nuestros pacientes estén poco a poco mejor analizados que nosotros. Al menos pueden presentar síntomas de tal superioridad, pero son incapaces de expresarles verbalmente. Caen en una extremada sumisión, a consecuencia de su incapacidad o del temor de desagradarnos al criticarnos.

Gran parte de la crítica rechazada se refiere a lo que podríamos llamar la hipocresía profesional. Acogemos cortésmente al paciente cuando entra, le pedimos que nos comunique sus asociaciones, y le prometemos escucharle atentamente y consagrar todo nuestro empeño a su bienestar y al trabajo de aclarar su estado. En realidad puede ocurrir que algunos rasgos, internos o externos del paciente, nos sean difícilmente soportables, o incluso que sintamos que la sesión de análisis aporta una perturbación desagradable a una preocupación profesional más importante o a un problema íntimo. Aquí no veo otra salida que tomar conciencia de nuestro propio problema y comentarlo con el paciente, admitiéndolo no sólo como posibilidad sino también como hecho real.

He de insistir en que esta renuncia a la «hipocresía profesional», considerada hasta ahora como inevitable, en lugar de herir al paciente le aporta un notable consuelo. Aunque estalle la crisis traumática histérica, lo hace sin tanta violencia; resulta posible reproducir mediante el pensamiento los sucesos trágicos del pasado sin que tal reproducción suponga una nueva pérdida del equilibrio psíquico, parece incluso que se eleva el nivel de la personalidad del paciente. ¿Qué ha conducido a este estado de cosas? En la relación entre el médico y el enfermo existía falta de sinceridad, algo que no se había dicho y que al explicarlo liberaba la lengua del paciente. Admitir un error conseguía para el analista la confianza del paciente. Puede tenerse la impresión de que entonces sería útil cometer errores, para confesarlos a continuación al paciente. pero esto resultaría superfluo. Cometemos los suficientes errores de forma espontánea y tuve un paciente inteligente que se indignaba con justicia a este respecto diciéndonos: «Mejor sería que evitara usted cualquier error.... su vanidad saldría beneficiada si aprovechara sus fallos ... ».

El solucionar este problema puramente técnico me hizo acceder a un material oculto al que había atribuido hasta entonces poca atención. La situación analítica, esa fría reserva, la hipocresía profesional y la antipatía respecto al paciente que se oculta tras ella y que el enfermo capta con todo su ser, no difiere demasiado de las cosas que anteriormente, es decir en la infancia, le hicieron enfermar. En este momento de la situación analítica, si empujamos al enfermo a la reproducción del trauma, su estado se hace insoportable; por ello no hay que extrañarse de conseguir una situación similar, ni mejor, ni diferente, a la del trauma primitivo. Pero la capacidad de admitir nuestros errores y de renunciar a ellos, así como la autorización de las críticas, nos hacen ganar la confianza del paciente. Esta confianza es algo que establece el contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumático. Tal contraste es indispensable para reavivar el pasado, no tanto como reproducción alucinatoria sino más bien en cuanto recuerdo objetivo. La crítica latente expresada por mis pacientes descubría, con agudeza, los rasgos agresivos de mi terapéutica activa, la hipocresía profesional, para forzar la relajación del paciente, y me enseñaba a reconocer y dominar las exageraciones en ambos sentidos. Estoy también reconocido a los pacientes que me han enseñado que tenemos excesiva tendencia a mantener determinadas construcciones teóricas y a dejar de lado hechos que quebrantarían nuestra seguridad y nuestra autoridad. En cualquier caso he podido saber por qué somos incapaces de operar sobre los accesos histéricos, y de este modo he podido finalmente triunfar. Me hallaba en la misma situación que aquella dama espiritual quien, ante una de sus amigas en estado narcoléptico, no pudiendo socorrerla ni con sacudidas ni con gritos, tuvo repentinamente la idea de hablarle de manera mimosa, como a un niño: «Vamos, querida, revuélcate por la tierra[2],». Hablamos mucho en el análisis de regresión a la infancia, pero evidentemente no sabemos hasta qué punto tenemos razón. Hablamos mucho de división de la personalidad, pero parece que no conocemos en su justa medida la profundidad de este fenómeno. Si guardamos una actitud fría y pedagógica en presencia de un paciente afectado de opistótonos, rompemos el último vínculo que nos une a él. El paciente sin conocimiento es como un niño que ya no es sensible al razonamiento, sino a lo más a la benevolencia[3] materna.

Si falta esta benevolencia se halla solo y abandonado en la más profunda desesperación, es decir justamente en la misma situación insoportable, que, en determinado momento, le condujo a la ruptura psíquica, y luego a la enfermedad. No es sorprendente que el paciente solo pueda repetir de modo exacto, como cuando se instaló en él la enfermedad, la formación de los síntomas desatados por la conmoción psíquica.

Los pacientes no se sienten afectados por una muestra teatral de piedad, sino tan sólo por una auténtica simpatía. No sé si la reconocen en el tono de nuestra voz, en los términos que utilizamos, o de otra forma; de cualquier modo, adivinan, de forma casi extralúcida, los pensamientos y las emociones del analista. Me parece casi imposible engañar al enfermo en este punto, y las consecuencias de cualquier tentativa de engaño serían nefastas. Permítanme que les insista en que esta relación íntima con el paciente me ha dado importantes niveles de comprensión. En principio he podido confirmar la hipótesis ya enunciada de que nunca se insistirá bastante sobre la importancia del traumatismo y en particular del traumatismo sexual como factor patógeno. Incluso los niños de familias honorables de tradición puritana son víctimas de violencias y de violaciones mucho más a menudo de lo que se cree. Bien son los padres que buscan un sustituto a sus insatisfacciones de forma patológica, o bien son personas de confianza de la familia (tíos, abuelos), o bien los preceptores y el personal doméstico quienes abusan de la ignorancia y de la inocencia de los niños. La objeción de que se trata de fantasías de los niños, es decir de mentiras históricas, pierde toda su fuerza al saber la cantidad de pacientes que confiesan en el análisis sus propias culpas sobre los niños. No me sorprendí cuando, hace poco, un pedagogo de espíritu filantrópico vino a verme con gran desesperación y me confió su descubrimiento, ya por quinta vez, de que en una familia de buena sociedad la gobernante mantenía con muchachos de nueve a once años una auténtica vida conyugal.

Las seducciones incestuosas se producen habitualmente de este modo: un adulto y un niño se aman; el niño tiene fantasías lúdicas, como por ejemplo desempeñar un papel maternal respecto al adulto. Este juego puede tomar una forma erótica, pero permanece siempre a nivel de la ternura. No ocurre lo mismo en los adultos que tienen predisposiciones psicopatológicas, sobre todo si su equilibrio y su control personal están perturbados por alguna desgracia, por el uso de estupefacientes o de sustancias tóxicas. Confunden los juegos de los niños con los deseos de una persona madura sexualmente, y se dejan arrastrar a actos sexuales sin pensar en las consecuencias. De esta manera son frecuentes verdaderas violaciones de muchachitas apenas salidas de la infancia, lo mismo que relaciones sexuales entre mujeres maduras y muchachos jóvenes, o actos sexuales impuestos de carácter homosexual.

Es difícil adivinar el comportamiento y los sentimientos de los niños tras estos sucesos. Su primer reacción será de rechazo, de odio, de desagrado, y opondrán una violenta resistencia: «¡No, no quiero, me haces mal, déjame!» Esta, o alguna similar,

sería la reacción inmediata si no estuviera inhibida por un temor intenso. Los niños se sienten física y moralmente indefensos, su personalidad es aún débil para protestar, incluso mentalmente, la fuerza y la autoridad aplastante de los adultos los dejan mudos, e incluso pueden hacerles perder la conciencia. Pero cuando este temor alcanza su punto culminante, les obliga a someterse automáticamente a la voluntad del agresor, a adivinar su menor deseo, a obedecer olvidándose totalmente de sí e identificándose por completo con el agresor. Por identificación, digamos que por introyección del agresor, éste desaparece en cuanto realidad exterior, y se hace intrapsíquico; pero lo que es intrapsíquico va a quedar sometido, en un estado próximo al sueño - como lo es el trance traumático - al proceso primario, es decir que lo que es intrapsíquico puede ser modelado y transformado de una manera alucinatoria, positiva o negativa, siguiendo el principio del placer. En cualquier caso la agresión cesa de existir en cuanto la realidad exterior y, en el transcurso del trance traumático, el niño consigue mantener la situación de ternura anterior.

Pero el cambio significativo provocado en el espíritu infantil por la identificación ansiosa con su pareja adulta es la introyección del sentimiento de culpabilidad del adulto: el juego hasta entonces anodino aparece ahora como un acto que merece castigo.

Si el niño se recupera de la agresión, siente una confusión enorme; a decir verdad ya está dividido, es a la vez inocente y culpable, y se ha roto su confianza en el testimonio de sus propios sentidos. A ello se añade el comportamiento grosero del adulto, aún más irritado y atormentado por el remordimiento, lo que hace al niño más consciente de su falta y más vergonzoso. Casi siempre el agresor se comporta como si nada ocurriera y se consuela con la idea: «Va, no es más que un niño, aún no sabe nada, lo olvidará todo pronto». Tras un hecho de esta naturaleza no es raro ver al seductor adherirse a una moral rígida o a principios religiosos, esforzándose con su severidad por salvar el alma del niño. En general, las relaciones con una segunda persona de confianza, por ejemplo la madre, no son lo suficientemente íntimas para que el niño pueda hallar ayuda en ella; algunas débiles tentativas en este sentido son rechazadas por la madre calificándolas de tonterías. El niño del que se ha abusado se convierte en un ser que obedece mecánicamente o que se obstina; pero no puede darse cuenta de las razones de esta actitud. Su vida sexual no se desarrolla, o adquiere formas perversas; no hablaré de las neurosis y de las psicosis que pueden resultar en estos casos. Lo que importa desde el punto de vista científico en esta observación es la hipótesis de que la personalidad aún débilmente desarrollada reacciona al desagrado brusco no mediante la defensa sino con una identificación ansiosa y con la introyección de lo que la amenaza o la arremete. Ahora comprendo por qué mis pacientes rehúsan mi consejo de reaccionar frente al desagrado con odio o con movimientos defensivos, como yo hubiera esperado. Una parte de su personalidad, el núcleo mismo de ella, ha quedado fijado a un determinado momento y a un nivel en que las reacciones aloplásticas eran aún imposibles y donde, debido a una especie de mimetismo, se reacciona de forma autoplástica. Se llega así a un tipo de personalidad constituido únicamente por el Ello y el Super-Ego que, en

consecuencia, es incapaz de afirmarse en casos de desagrado; del mismo modo un niño que aún no ha alcanzado pleno desarrollo es incapaz de soportar la soledad si carece de protección maternal y de una fuerte dosis de ternura. Vamos a referirnos ahora a las ideas desarrolladas por Freud desde hace tiempo cuando señalaba que la capacidad de experimentar un amor objetal iba precedida de un estadio de identificación. Calificaré tal estadio como el del amor objetal pasivo, o estadio de la ternura. Pueden aparecer rasgos de amor objetal pero sólo en cuanto fantasías, de manera más bien lúdica. De esta forma, casi todos los niños juegan con la idea de ocupar el lugar del progenitor del mismo sexo para convertirse en pareja del otro, aunque sólo sea de forma imaginaria. En realidad ni querrían ni podrían pasar de la ternura, y sobre todo de la ternura maternal. Si en el momento de esta fase de ternura se impone a los niños más amor o un amor diferente al que desean, pueden ocasionárseles las mismas consecuencias patógenas que la privación de amor hasta ahora aludida. Esto nos llevaría muy lejos al hablar de todas las neurosis y consecuencias caracteriológicas que pueden resultar de la apertura precoz a formas de amor apasionado, teñido de sentimientos de culpabilidad en un ser inmaduro e inocente. La consecuencia no puede ser otra que la confusión de lenguas a la que aludo con el título de esta conferencia.

Los padres y los adultos debieran aprender a reconocer, como los analistas, tras el amor de transferencia la sumisión o la duración de nuestros hijos, de nuestros pacientes o de nuestros alumnos, un deseo nostálgico de liberarse de este amor opresivo. Si se ayuda a niño, al paciente o al alumno a abandonar esta identificación y a defenderse de esta transferencia fuerte, puede decirse que se ha conseguido elevar a la personalidad a un nivel superior. Quisiera explicarles brevemente algunos descubrimientos suplementarios a los que nos conducen esta serie de observaciones. Sabemos desde hace tiempo que el amor forzado, lo mismo que las medidas punitivas insoportables, tienen un efecto de fijación. Posiblemente es más fácil comprender esta reacción en apariencia insólita, refiriéndonos a lo que acabamos de decir. Los delitos que el niño comete, como si jugara, son llevados a la realidad por los castigos pasionales que reciben de los adultos curiosos, encolerizados, lo que supone para un niño hasta entonces no culpable, todas las consecuencias de la depresión. Un examen detallado de los procesos del trance analítico, nos enseña que, no existe choque ni temor sin un anuncio de la división de la personalidad. La personalidad regresa hacia una beatitud pretraumática, intenta creer que nada ha sucedido, y esto no sorprenderá a ningún analista. Es más extraño ver operar, durante la identificación, un segundo mecanismo del que yo, al menos, sabía bien poco. Deseo hablar de la eclosión repentina y sorprendente, como surgida tras un golpe de varita mágica, de las nuevas facultades que aparecen a consecuencia de un choque. Esto hace pensar en los juegos de prestidigitación de los faquires quienes, a partir de una semilla, hacen crecer ante nuestros ojos una planta con sus hojas, su tallo y sus flores. Un enorme sufrimiento y, sobre todo, la angustia de la muerte, parecen tener el poder de despertar y de activar súbitamente determinadas disposiciones latentes, aún no desarrolladas, que aguardan su maduración en absoluta quietud. El niño que ha sufrido una agresión sexual puede desplegar repentinamente, bajo la presión de la urgencia traumática, todas las emociones de un adulto maduro, las

facultades potenciales para el matrimonio, la paternidad o la maternidad, facultades que se hallan virtualmente preformadas en él. Puede entonces hablarse simplemente, oponiéndola a la regresión a la que tan a menudo nos referimos, de progresión traumática, (patológica) o de premaduración (patológica). Podemos pensar en los frutos que maduran en seguida cuando los hiere el pico de un pájaro, y también en la temprana madurez de un fruto agusanado.

En el plano no sólo emotivo sino también intelectual, el choque puede permitir a una parte de la persona madurar súbitamente. Les recordaré el sueño típico del «bebé sabio» que aislé hace tantos años, en el que un recién nacido, un niño todavía en su cuna, se pone a hablar súbitamente e incluso enseña con sabiduría a toda su familia. El miedo ante los adultos exaltados, locos en cierto modo, transforma por así decir al niño en psiquiatra; para protegerse del peligro que representan los adultos sin control, tiene que identificarse completamente con ellos. Es increíble lo que podemos aprender de nuestros «niños sabios», los neuróticos.

Si los choques se suceden durante el desarrollo, el número y la variedad de los fragmentos divididos aumenta, y se nos hace difícil mantener el contacto con ellos, sin caer en la confusión, ya que se comportan como personalidades distintas que no se conocen entre sí. Esto puede determinar un estado que se designaría atomización, si no se admite la imagen de la fragmentación; y es necesario mucho optimismo para no arredrarse frente a tal estado. Espero sin embargo que puedan hallarse caminos para unir entre sí los diversos fragmentos resultantes.

Al lado del amor apasionado y de los castigos pasionales, existe un tercer medio de dominar a un niño, y es el terrorismo del sufrimiento. Los niños se ven obligados a soportar todo tipo de conflictos familiares y llevan sobre sus débiles espaldas el pesado fardo de los restantes miembros de la familia. No lo hacen por puro desinterés, sino para poder disfrutar nuevamente de la paz desaparecida y de la ternura que se deriva de ella. Una madre que se lamenta continuamente de sus sufrimientos puede transformar a su hijo en una ayuda cuidadosa, es decir convertirlo en un verdadero sustituto maternal, sin tener en cuenta los intereses del niño.

Si todo esto se confirmara, nos veríamos obligados a revisar algunos capítulos de la teoría sexual y genital. Por ejemplo, las perversiones no son infantiles más que si permanecen a nivel de la ternura; cuando se cargan de pasión y de culpabilidad conscientes, testimonian posiblemente una estimulación exógena, y una exageración neurótica secundaria. En mi propia teoría de la genitalidad yo no había tenido en cuenta hasta ahora la diferencia entre la fase de ternura y la fase de pasión. ¿Qué parte de sadomasoquismo está condicionada por la cultura (es decir nace del sentimiento de culpabilidad introyectado) en la sexualidad de nuestra época, y qué parte, mantenida autóctono, se desarrolla como una fase de organización propia? Esto se aclarará en posteriores investigaciones.

Me sentiría dichoso si ustedes consiguieran verificar todo esto en el plano de la práctica y en el plano de la reflexión; también me agradaría que a partir de ahora concedieran más importancia a la manera de pensar y de hablar de sus niños, de sus pacientes y de sus alumnos, tras las cuales se ocultan críticas, de forma que pudieran aclarar la confusión de lenguas y aprovecharan la ocasión para aprender muchas cosas.

Post-Scriptum

Esta serie de reflexiones sólo ha tratado de abordar de forma descriptiva lo que hay de tierno en el erotismo infantil y lo que hay de apasionado en el erotismo adulto; deja en suspenso el problema de la esencia misma de su diferencia. El psicoanálisis puede mantener el concepto cartesiano que convierte a las pasiones en producto del sufrimiento, pero posiblemente pueda también responder a la cuestión de saber lo que introduce, en la satisfacción lúdica de la ternura, el elemento de sufrimiento, o sea el sadomasoquismo. Estas contradicciones nos hacen presentir entre otras cosas que, en el erotismo del adulto, el sentimiento de culpabilidad transforma el objeto amoroso en un objeto de odio y de afección, es decir en un objeto ambivalente. Esta dualidad falta aún en el niño en el estadio de la ternura, y es justamente este odio el que sorprende, espanta y traumatiza al niño amado por un adulto. Este odio transforma a un ser que juega espontáneamente, con la mayor inocencia, en un autómeta, culpable del amor, que, imitando ansiosamente al adulto, se olvida de sí mismo. Este sentimiento de culpabilidad y el odio contra el seductor es el que confiere a las relaciones amorosas de los adultos el aspecto de una lucha terrible para el niño, escena primitiva que termina en el momento del orgasmo; el erotismo infantil, en ausencia de la «lucha de sexos», permanece al nivel de los juegos sexuales preliminares, y no conoce otras satisfacciones que las de la saciedad, siendo para él ajenas las que proporciona el sentimiento de anulación del orgasmo. La teoría de la genitalidad que trata de dar una explicación de orden filogenético a la lucha de los sexos, tendrá que tener en cuenta esta diferencia entre las satisfacciones eróticas infantiles y el amor, impregnado de odio, de la copulación de adulto.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo IV, cap. IX. “Confusión de Lengua entre los Adultos y el Niño”. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).