



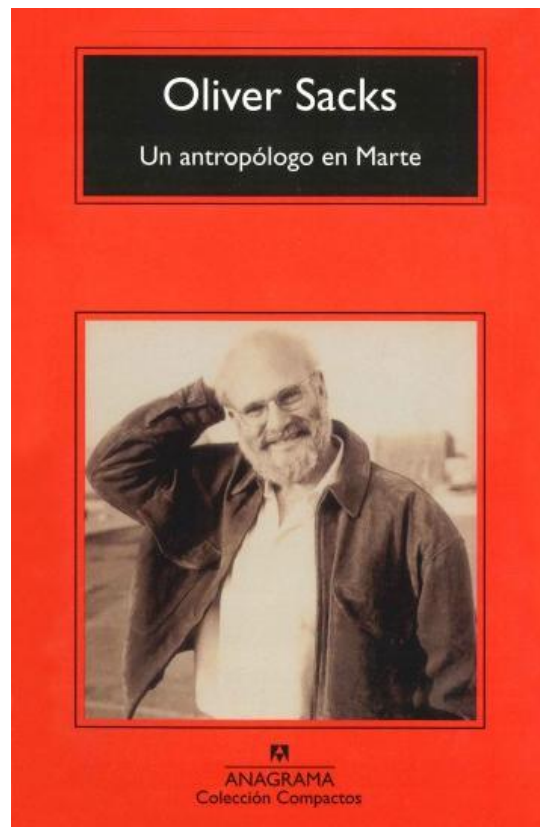
FOOTNOTES TO FREUD

Javier Ramos
Psicólogo Clínico
CSM Tetuán
Hospital Universitario La Paz
Terapeuta y Supervisor MBT
Acreditado por el Anna Freud Centre

2 escenas temidas

1ª

UN PSICÓLOGO CLÍNICO DE ADULTOS EN SEPYPNA



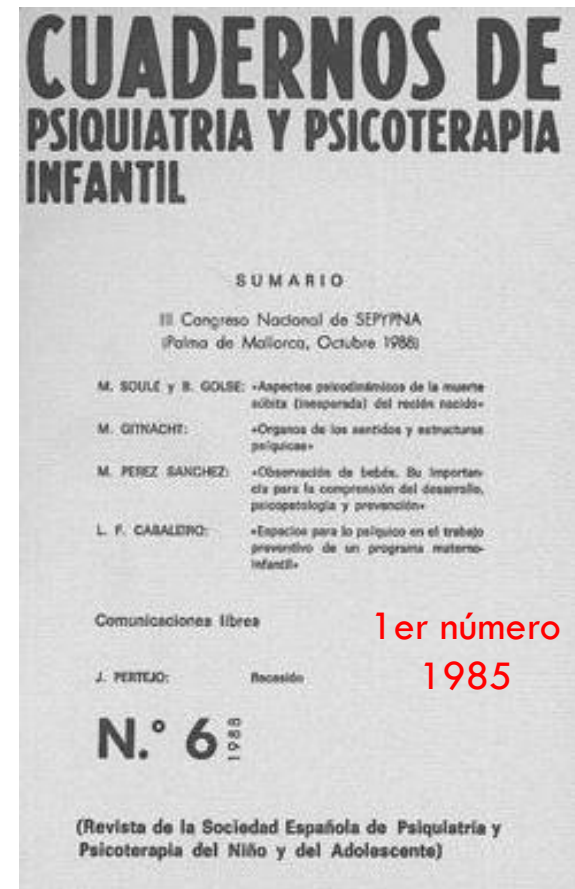
UN PSICÓLOGO CLÍNICO DE ADULTOS EN SEPYPNA

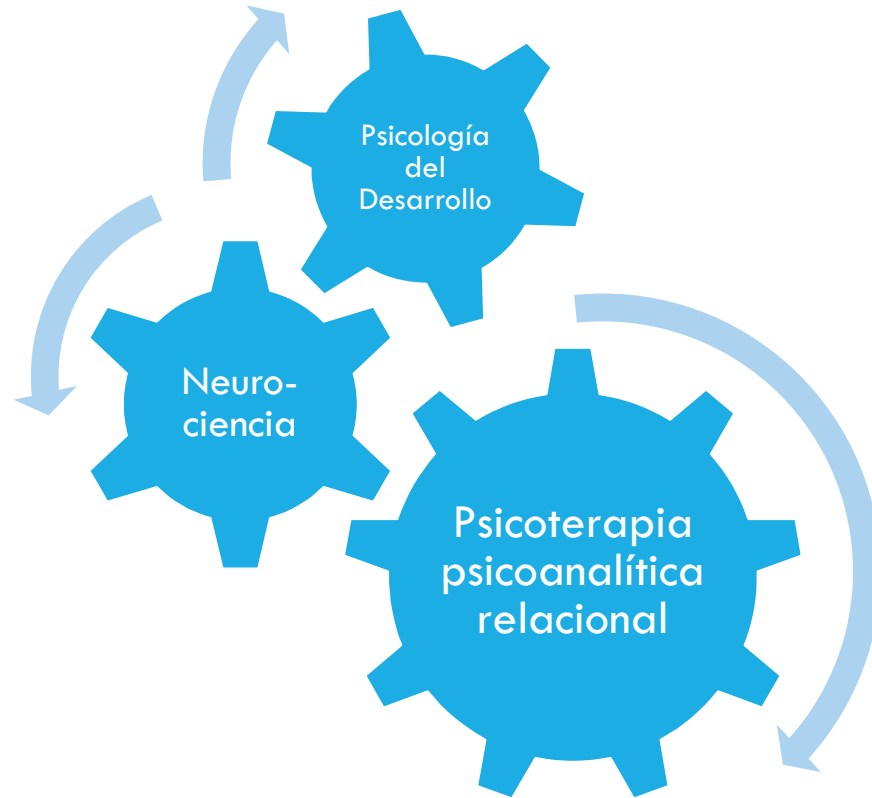
1998. Mi encuentro con Marian Fernández Galindo

Primer contacto con los trabajos de autores como

Daniel Stern (BCPSG),

Peter Fonagy (AFNCCF)...





Propuestas que actualizan la idea winnicottiana de que la psicoterapia puede suponer una *segunda oportunidad* en el desarrollo de todos aquellos pacientes que presentan una *clínica de lo que podría haber sido pero no fue (o de lo que podría haber sido pero no fue)*.

Propuestas que ponen de manifiesto que la investigación sobre el desarrollo del psiquismo humano permite reformular la teoría del proceso psicoterapéutico.

2ª



QUÉ HACE QUE LOS SERES HUMANOS SEAMOS DIFERENTES

Autores como Tomasello (1999) o Hobson (2002) subrayan que si algo nos diferencia del resto de las especies animales es **nuestra capacidad para usar nuestra mente para pensar acerca de la mente del otro** (Lyons-Ruth, 2006).

Los seres humanos somos diferentes porque **buscamos la mirada del otro**,
porque somos capaces de desarrollar una teoría especialmente refinada acerca de la mente del otro,
porque somos capaces de mentalizar acerca del otro (Bateman y Fonagy, 2016).



Capacidad de Mentalización

CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN

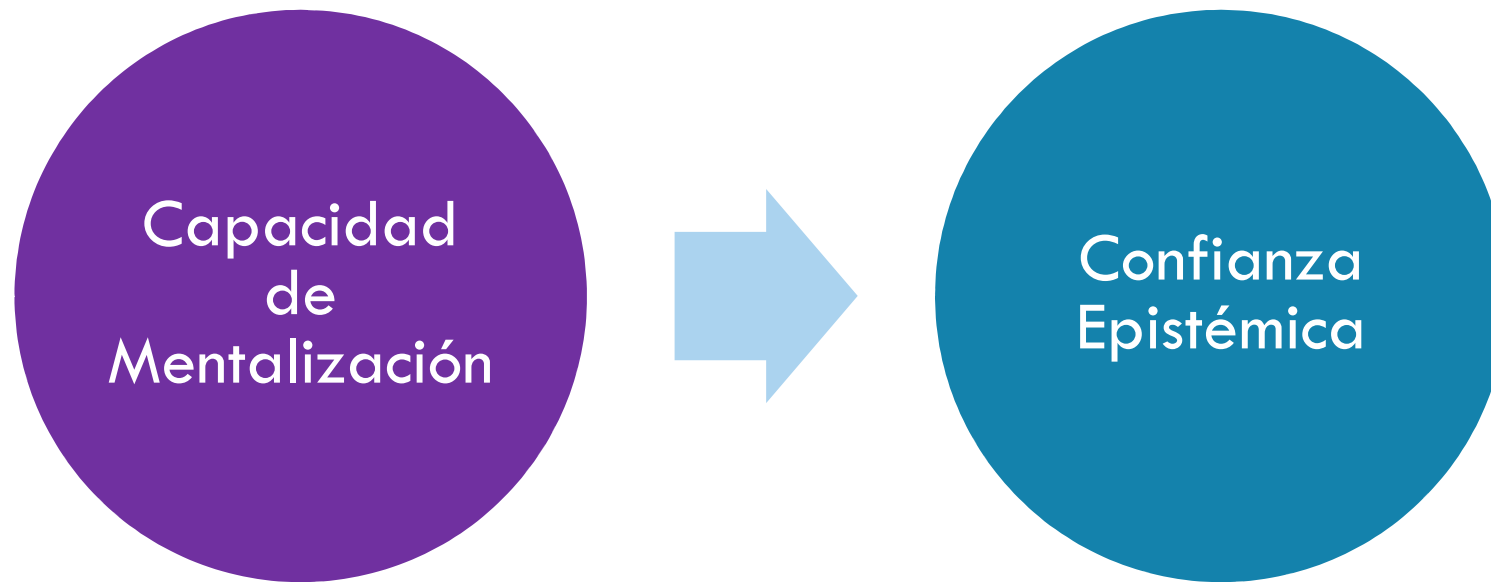
Capacidad imaginativa, eminentemente humana, que hace posible dar un sentido subjetivo e intencional tanto al propio funcionamiento como al de aquellos con los que nos relacionamos.



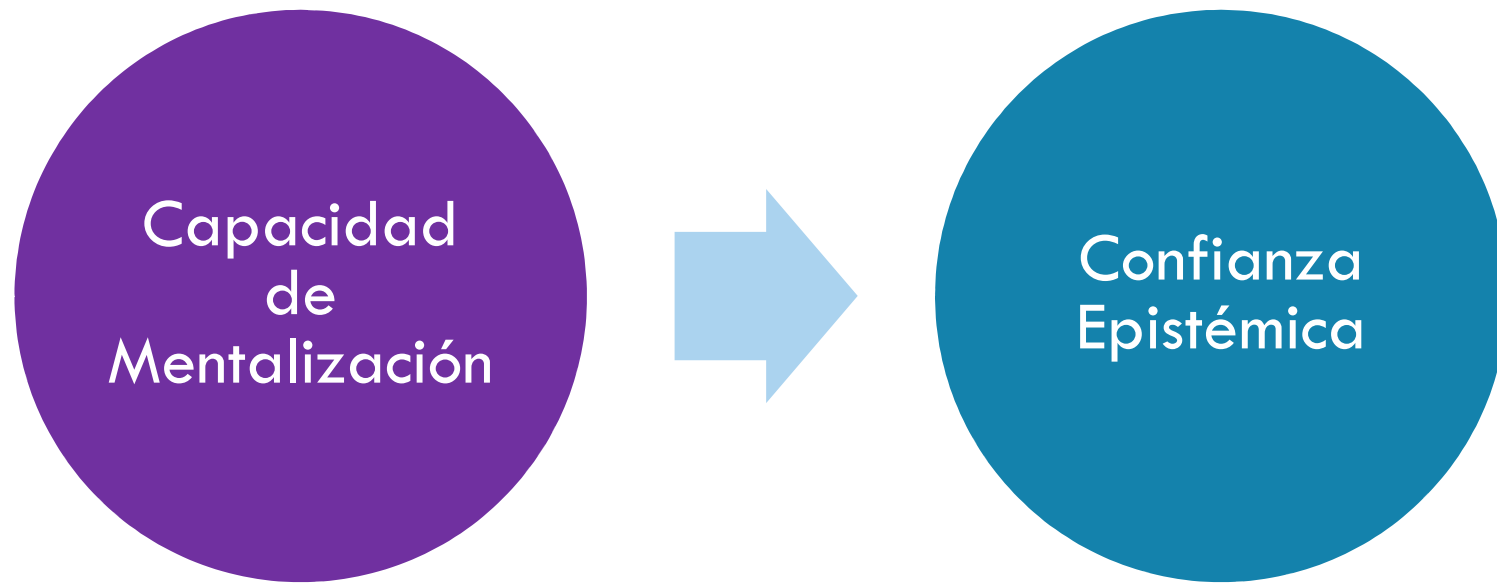
Confianza Epistémica

CONFIANZA EPISTÉMICA

¿Qué hace (y en qué medida) que un paciente pueda llegar a confiar en que un cierto conocimiento (especialmente de tipo social) que nosotros proponemos es genuino, auténtico y personalmente relevante?



Fonagy & Allison (2014) sugieren que para que una psicoterapia sea eficaz se precisa de un primer requisito fundamental: la **confianza** del paciente de que puede aprender algo útil en esa psicoterapia. Mentalizar al paciente sería una forma genérica y fundamental para el establecimiento de dicha confianza, ya que **la experiencia de sentirse comprendido subjetivamente** en la terapia propiciaría la **apertura** a nuevas ideas y a nuevas formas de funcionamiento.



Fonagy & Allison (2014) sugieren que para que una **clase** sea eficaz se precisa de un primer requisito fundamental: la **confianza** del **alumno** de que puede aprender algo útil en esa **clase**. Mentalizar al **alumno** sería una forma genérica y fundamental para el establecimiento de dicha confianza, ya que **la experiencia de sentirse comprendido subjetivamente** en la **clase** propiciaría la **apertura** a nuevas ideas y a nuevas formas de funcionamiento.

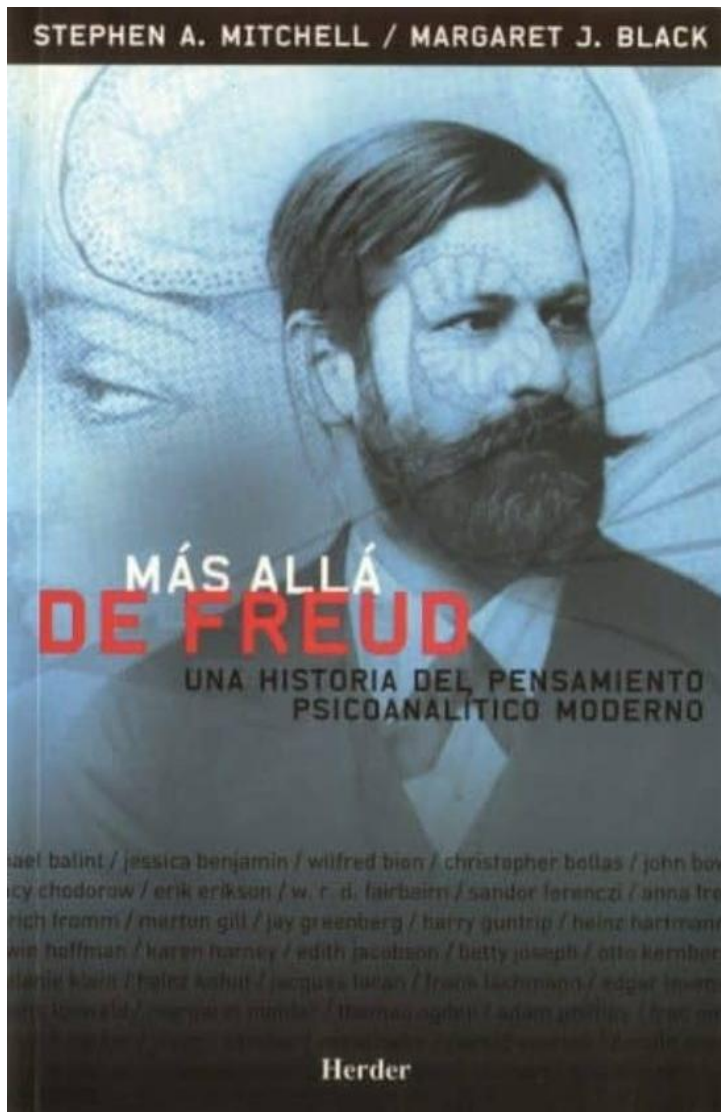






Alfred North Whitehead.

“Seguramente, la mejor forma de describir la tradición filosófica occidental sería decir que consiste en una sucesión de notas al pie de la obra de Platón”.



p. 18. Referencia a
AW Whitehead

Footnotes to Freud

Winnicott rechazaba la repetición de los conceptos psicoanalíticos, y defendía su necesidad de repensarlos de un modo personal como forma de mantenerlos vivos.

El deseo de hacer suyas las ideas sobre las que leía, de imprimir en ellas un sello personal, tenía con cierta frecuencia, como desafortunado efecto colateral, que los autores originales de esas ideas no eran citados. Criticado muchas veces por esta razón, el propio Winnicott se disculpó e intentó subsanar su error en varias oportunidades (Abello y Liberman, 2011).

UN HALLAZGO FASCINANTE Y CONTRAITUITIVO

Existe evidencia empírica consistente que sugiere que la efectividad de los terapeutas tiende a DISMINUIR a medida que aumenta su experiencia clínica (Goldberg et al., 2016).

Do Psychotherapists Improve With Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting

Simon B. Goldberg
University of Wisconsin—Madison

Tony Rousmaniere
University of Alaska—Fairbanks

Scott D. Miller
International Center for Clinical Excellence, Chicago, Illinois

Jason Whipple
University of Alaska—Fairbanks

Stevan Lars Nielsen
Brigham Young University

William T. Hoyt
University of Wisconsin—Madison

Bruce E. Wampold
University of Wisconsin—Madison and Modum Bad Psychiatric Center, Vikersund, Norway

Objective: Psychotherapy researchers have long questioned whether increased therapist experience is linked to improved outcomes. Despite numerous cross-sectional studies examining this question, no large-scale longitudinal study has assessed within-therapist changes in outcomes over time. **Method:** The present study examined changes in psychotherapists' outcomes over time using a large, longitudinal, naturalistic sample of therapists. The sample included 1,501 patients seen by 100 therapists over a 10-year period.

Creating a Climate for Therapist Improvement: A Case Study of an Agency Focused on Outcomes and Deliberate Practice

Simon B. Goldberg
University of Wisconsin-Madison

Robbie Babins-Wagner
Calgary Counselling Center, Alberta, Canada

Tony Rousmaniere
University of Washington-Seattle

Sandy Berzins
University of Calgary and Calgary Counselling Center,
Alberta, Canada

William T. Hoyt
University of Wisconsin-Madison

Jason L. Whipple
University of Alaska Fairbanks

Scott D. Miller
International Center for Clinical Excellence, Chicago, Illinois

Bruce E. Wampold
University of Wisconsin-Madison and Modum Bad Psychiatric
Center, Vikersund, Norway

Recent evidence suggests that psychotherapists may not increase in effectiveness over accrued experience in naturalistic settings, even settings that provide access to patients' outcomes. The current study examined changes in psychotherapists' effectiveness within an agency making a concerted effort to improve outcomes through the use

UN HALLAZGO FASCINANTE Y CONTRINTUITIVO

Existe evidencia empírica consistente que sugiere que la efectividad de los terapeutas tiende a DISMINUIR a medida que aumenta su experiencia clínica (Goldberg et al., 2016).

Una posible explicación para esto sería que los terapeutas menos experimentados están menos condicionados por sus conocimientos sobre psicopatología,

y son más capaces de una escucha comprometida con la subjetividad de sus pacientes.

Pueden estar más atentos a la escucha de la persona, y no tanto a la escucha de la patología.

Pueden poner en juego una especie de actitud *amateur* (Israël, 1976), una posición mentalizante, que se caracteriza por poder escuchar desde el “no saber” (Bateman y Fonagy, 2016).



FREUD, 1913. LA INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO

“Nunca debe intervenirse antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros”.

“El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace”.

“El terapeuta debe evitar cualquier actitud que no sea de simpatía y de cariñoso interés hacia su paciente”.

FREUD, 1913. LA INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO

“He oído decir que existen analíticos que se vanaglorian de semejantes diagnósticos instantáneos y tratamientos rápidos, y debo precaver a todos contra tales ejemplos.”

“Siguiéndolos, sólo conseguirá el médico desacreditarse y desacreditar nuestra causa, pues provocarán en los pacientes resistencias intensísimas, independientemente de que sus deducciones sean o no acertadas.”

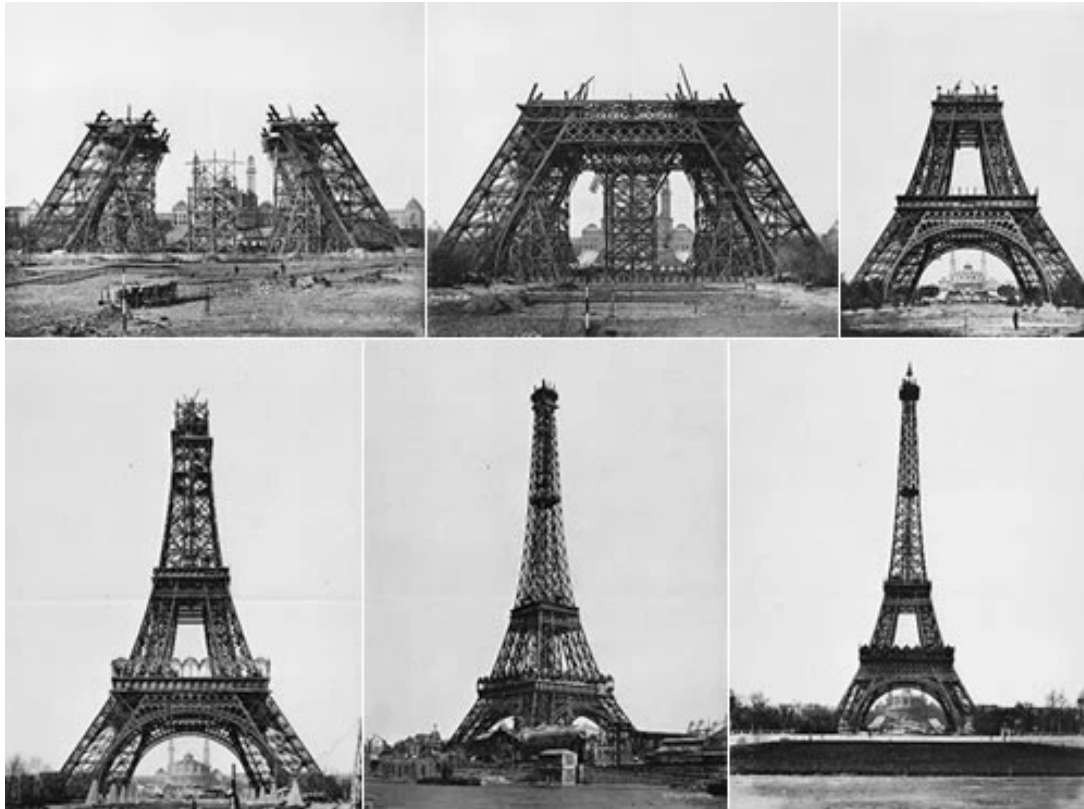
PARÍS, VIENA, NUEVA YORK



PARÍS



PARÍS



PARÍS, HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE, 1885



LEÇONS DU MARDI À LA SALPÊTRIÈRE



CHARCOT, FOTÓGRAFO DE LA HISTERIA

“En realidad, mi labor en la Salpêtrière es únicamente la de fotógrafo; registro lo que veo...” (Didi-Huberman, 1982).

La CLÍNICA DE LA MIRADA pretende comprender la patología a partir de una descripción rigurosa y objetiva de los síntomas.

LA SALPÊTRIÈRE, ENTRE EL 13 DE OCTUBRE DE 1885 Y EL 28 DE FEBRERO DE 1886





PASO DE UNA SILUETA

A lo largo de esas 19 semanas, un estudiante extranjero, soltero, triste y muy pobre, pasa por París.



Ese estudiante, que regresará a Viena cabizbajo es Sigmund Freud.

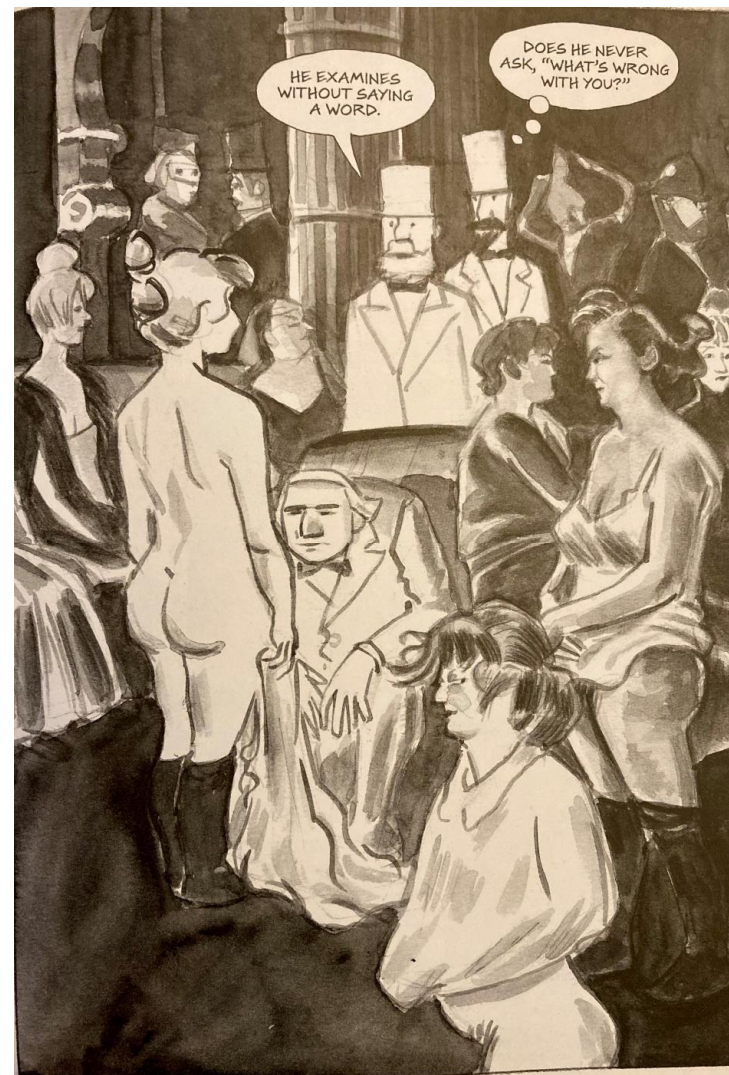
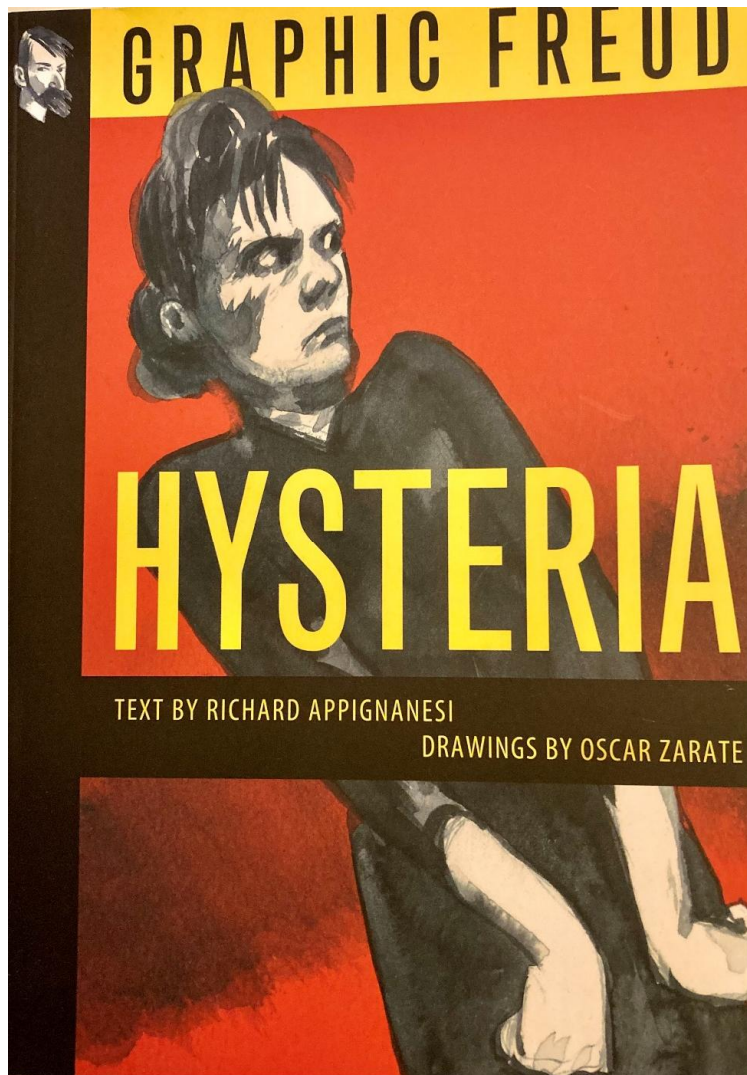
PASO DE UNA SILUETA

A lo largo de esas 19 semanas, un estudiante extranjero, soltero, triste y muy pobre, pasa por París.

Ese estudiante, que regresará a Viena cabizbajo es Sigmund Freud.

Freud, que había asistido en la Salpêtrière al “gran teatro de la histeria”, que *se había llenado por completo los ojos* con su contemplación (Didi-Huberman, 1982),

Lanzará instalado ya en su consulta de Berggasse 19 la revolución epistemológica que se inicia en un dejar de *observar* a la histeria para pasar a *escuchar* a la histeria.



PARÍS

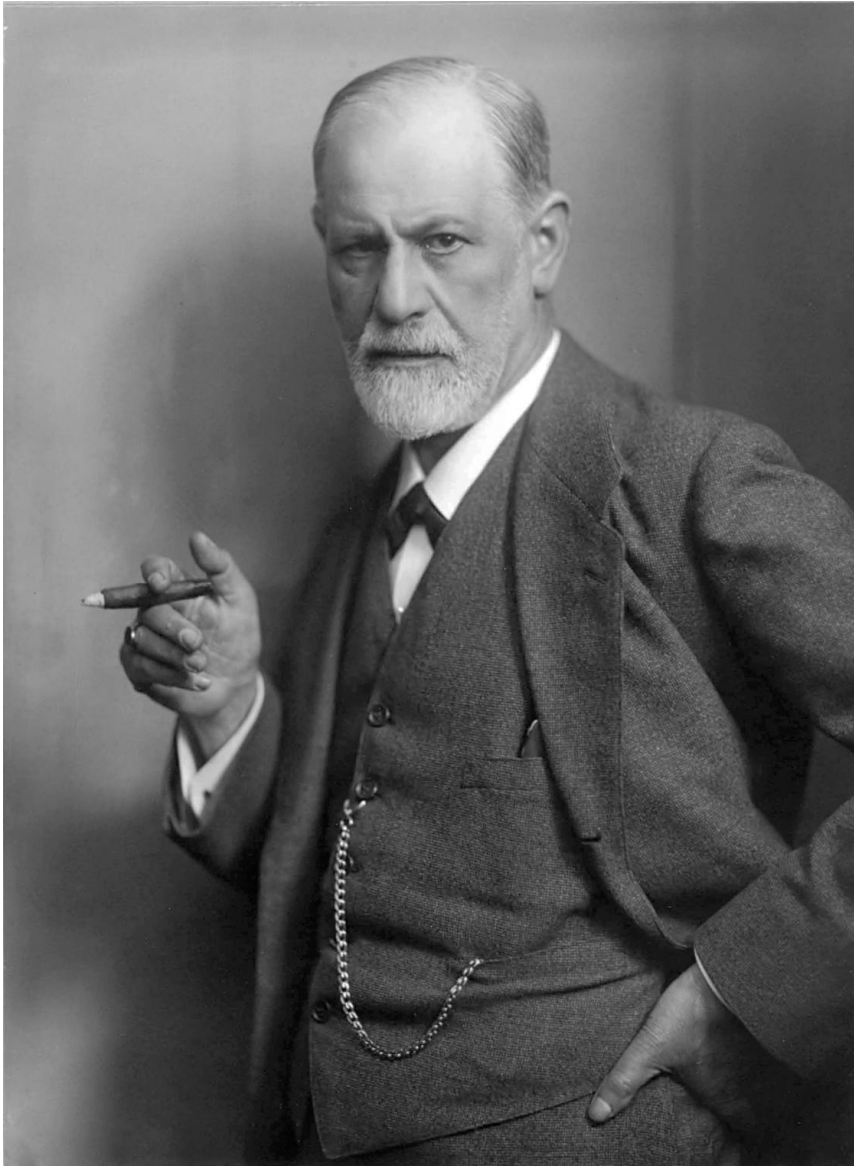


VIENA



VIENA, BERGGASSE 19





Sigmund Freud promueve el paso DE LA CLÍNICA DE LA MIRADA A LA CLÍNICA DE LA ESCUCHA, y propicia de este modo el nacimiento de la psicoterapia moderna.

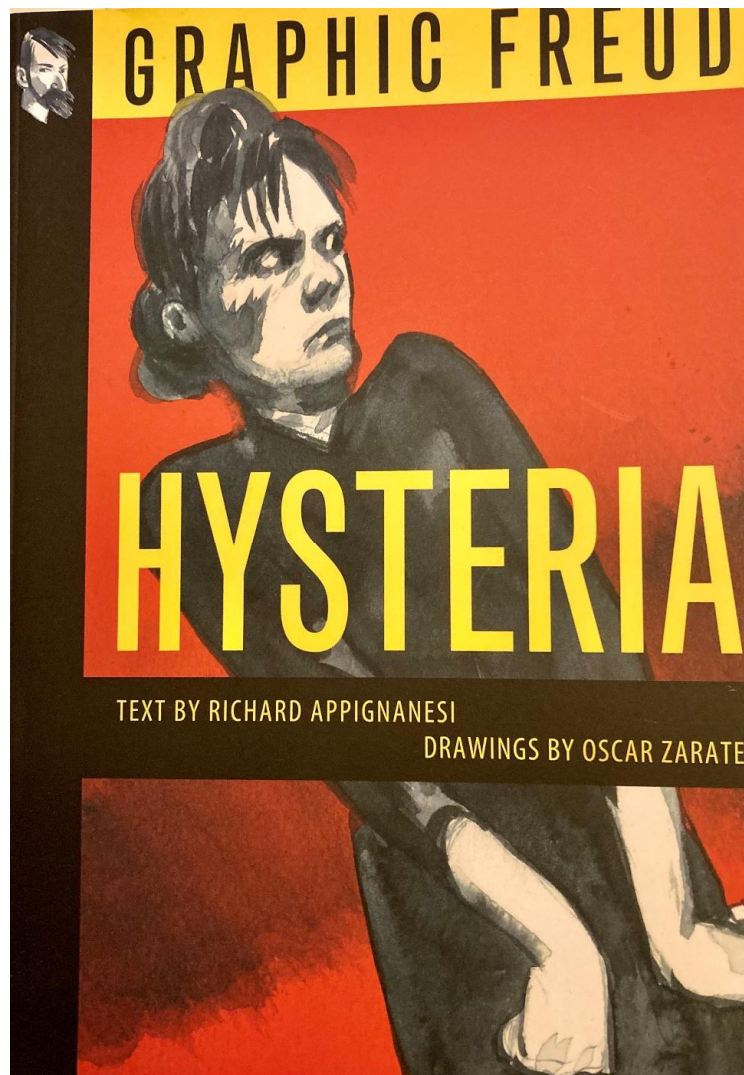
“Freud escuchó a los histéricos, y fueron ellos los que le enseñaron a callar, a no tratar de imponer sus preguntas, a dejarlos libres como nunca habían podido ser” (Israël, 1976; pág. 225).



Anna O. Bertha Pappenheim, creadora de “la cura por la palabra”.



Fanny Moser, impulsora de "la clínica de la escucha".



La histeria, fundadora del psicoanálisis.

Sigmund Freud, 1890-1897: primera tentativa de comprensión psicológica de la histeria.

FREUD, 1895. “EL PACIENTE HISTÉRICO SUFRE SOBRE TODO DE REMINISCENCIAS”

La causa de la neurosis ha de buscarse en la presencia de “cuerpos extraños” internos que no pueden ser asimilados.

FREUD, 1895. UN LUGAR PARA EL INFORTUNIO

“No dudo que para el Destino sería más fácil que para mí curarla, pero ya se convencerá usted de que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en un infortunio corriente. Contra este último podrá usted defenderse mejor con un sistema nervioso nuevamente sano”.

Freud, 1895; pág. 168.

FREUD, 1890-1897. TEORÍA DEL TRAUMA

Freud asume que la etiología de las neurosis puede atribuirse a experiencias traumáticas sufridas por el paciente en el pasado. Piensa en un principio que debe desvelarse con exactitud ese suceso traumático que tuvo lugar en una fecha concreta.

No puede hablarse de acontecimientos traumáticos en términos absolutos, sino que debe tenerse en cuenta *la susceptibilidad propia del sujeto (series complementarias)*, incapaz de tramitar de un modo saludable el impacto emocional que supone esa experiencia vivida.

Esa experiencia traumática no elaborada queda alojada en el psiquismo como un *cuerpo extraño* generador de los síntomas neuróticos.

A medida que avanza en sus investigaciones, Freud va situando esas experiencias cada vez más en la infancia, consolidándose la idea de que la temática del trauma es casi siempre de índole **sexual**.

FREUD, 1890-1897. TEORÍA DEL TRAUMA (II)

Las observaciones clínicas llevan a Freud a delimitar un esquema traumático básico en el que se articulan dos elementos.

En una primera escena, llamada *de seducción*, el niño es abordado o invadido sexualmente por un adulto sin que ese suceso conlleve, aparentemente, consecuencia psicológica alguna.

En una segunda escena, aparentemente anodina, algo hace que esa primera escena sea evocada y resignificada (*après coup*), estallando entonces todo su potencial patógeno.

“Los histéricos sufren sobre todo de reminiscencias”.

“El trauma siempre es anterior”.

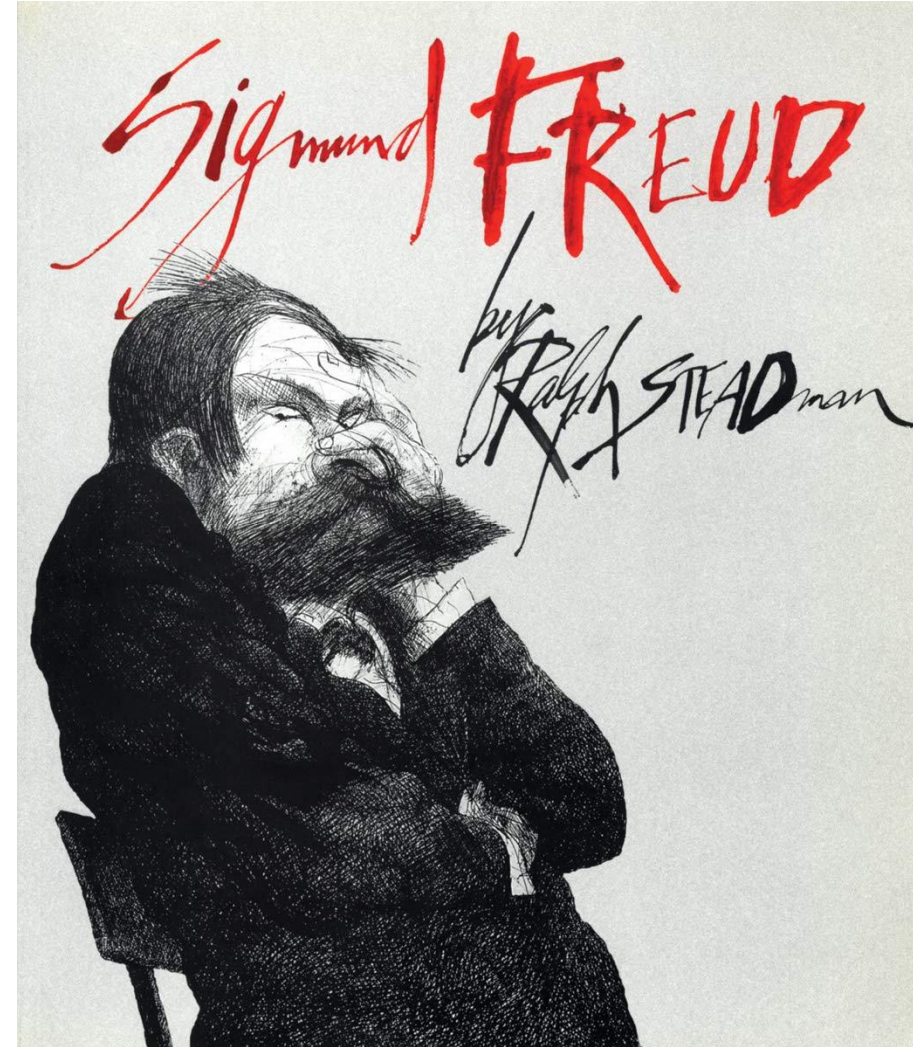
MUERTE DEL PADRE DE FREUD (1896)

Freud como paciente del propio Freud: autoanálisis

Freud se topa no con sus traumas,

sino con sus fantasías...

...con sus pulsiones.



FREUD, 1897. “YA NO CREO EN MI NEURÓTICA”

Carta a Fliess de 21 de septiembre de 1897.

FREUD, 1897. “YA NO CREO EN MI NEURÓTICA”

[...] Y enseguida quiero confiarte el gran secreto que poco a poco se me fue trasluciendo en las últimas semanas. Ya no creo más en mi «neurótica».

FREUD, 1897. “YA NO CREO EN MI NEURÓTICA”

Carta a Fliess de 21 de septiembre de 1897.

Esa fecha es asumida como la del acta de defunción de la teoría de la seducción, la del abandono de la idea de que ha de buscarse en la biografía del paciente neurótico un suceso traumático que pueda explicar el origen de la neurosis.

El reverso luminoso de ese desengaño es la propuesta de dos nociones psicoanalíticas fundamentales: los conceptos de fantasía inconsciente y de **realidad psíquica**.

FREUD, 1897. “YA NO CREO EN MI NEURÓTICA” (II)

La noción de “trauma psíquico”, aunque no conlleva el abandono completo la teoría del trauma (Freud insistirá en ello), sí supone relativizar la importancia de los sucesos externos para situar el énfasis en la fantasía, en la propia pulsión.

Lo traumático es la propia moción pulsional que irrumpe, desbordante, en un psiquismo aún muy frágil.

FREUD, 1905. ANÁLISIS FRAGMENTARIO DE UNA HISTERIA (CASO DORA).

“En consecuencia, si no queremos abandonar la teoría traumática, habremos de retroceder hasta la infancia del sujeto para buscar en ella influjos e impresiones que puedan haber ejercido acción análoga a la de un trauma.”

Sigmund Freud, 1905.

FREUD, 1897. EL DRAMA EDÍPICO

Carta a Fliess de 25 de octubre de 1897.

¿Por qué los clásicos son inmortales?

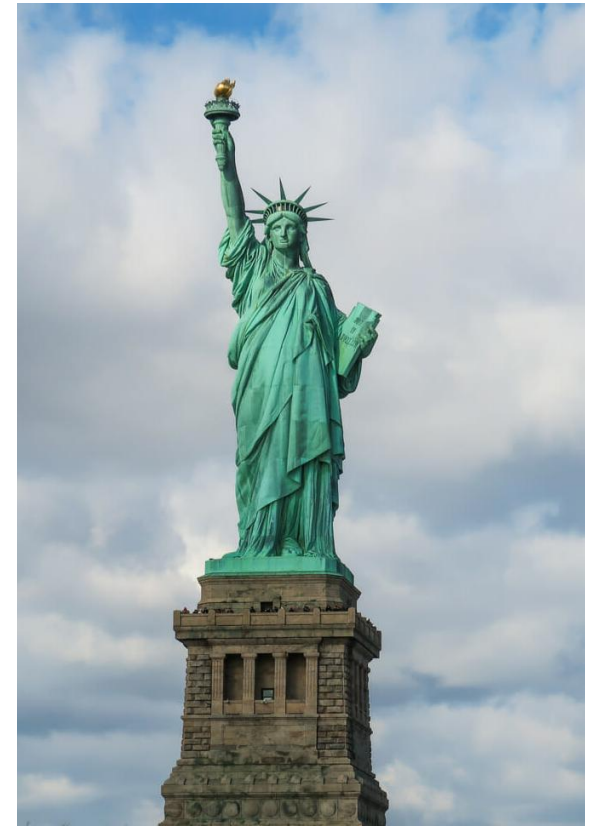
“Cada uno de los oyentes fue una vez en germen y en la fantasía un Edipo”.

NUEVA YORK



JAVIER RAMOS-HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

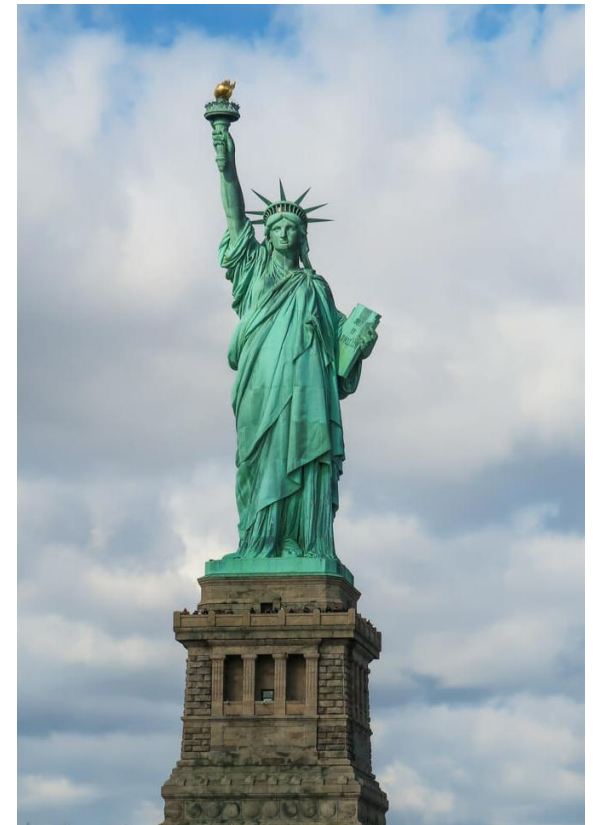
NUEVA YORK, “NO SABEN QUE LES TRAEMOS
LA PESTE”



JAVIER RAMOS-HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

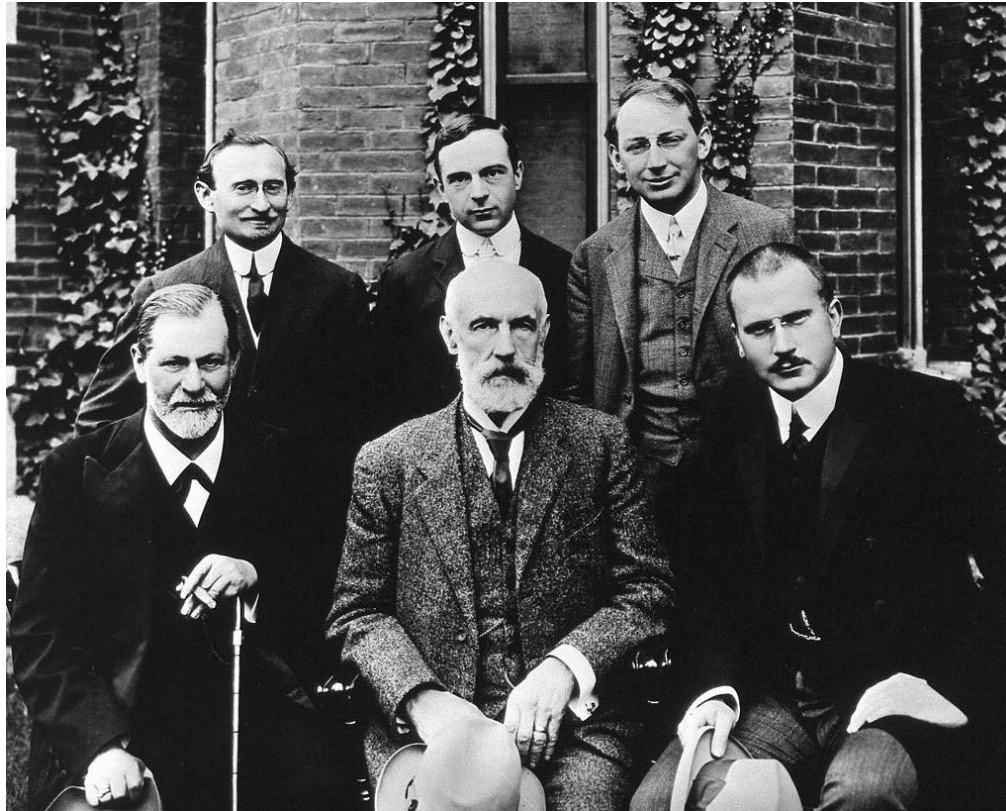
NUEVA YORK, “NO SABEN QUE LES TRAEMOS LA PESTE”

Es imposible encontrar texto alguno de Freud, Jung o Ferenczi -que conformaron la delegación psicoanalítica que viajó a Estados Unidos en 1909- en el que se haga referencia a la frase que supuestamente salió de los labios del primero al arribar al puerto de Nueva York: “No saben que les traemos la peste”. Roudinesco (1993; pág. 389), en su monumental biografía de Lacan, rastrea la genealogía de esa celeberrima sentencia. Dado que le había sido imposible tener un encuentro personal con Freud, Lacan decidió resolver la cuestión de sus orígenes freudianos trabando conocimiento personal con Jung. Tuvo una entrevista con él, de la cual Jung sólo conservó un recuerdo fugaz, y cuyos detalles Lacan no reveló hasta una conferencia celebrada en Viena el 7 de noviembre de 1955. Allí, al tratar de “la cosa freudiana”, afirmó sin posibilidad de ser desmentido que Jung le había hablado de la famosa frase de Freud.



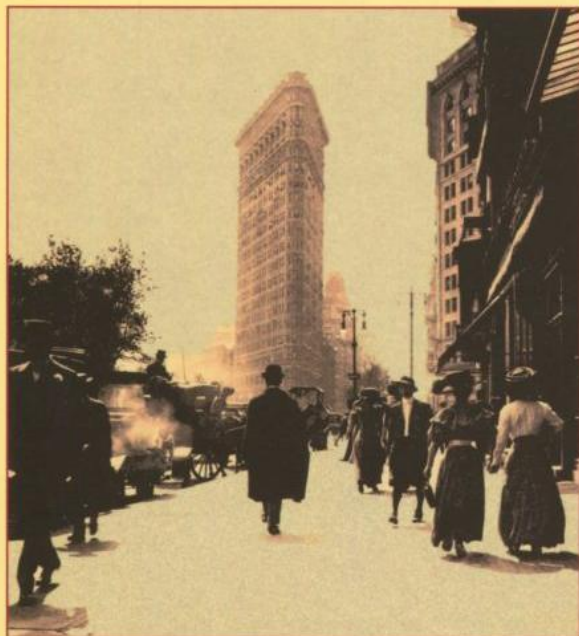
JAVIER RAMOS-HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

5 CONFERENCIAS SOBRE PSICOANÁLISIS, CLARK UNIVERSITY, WORCESTER, MASSACHUSETTS, 1909



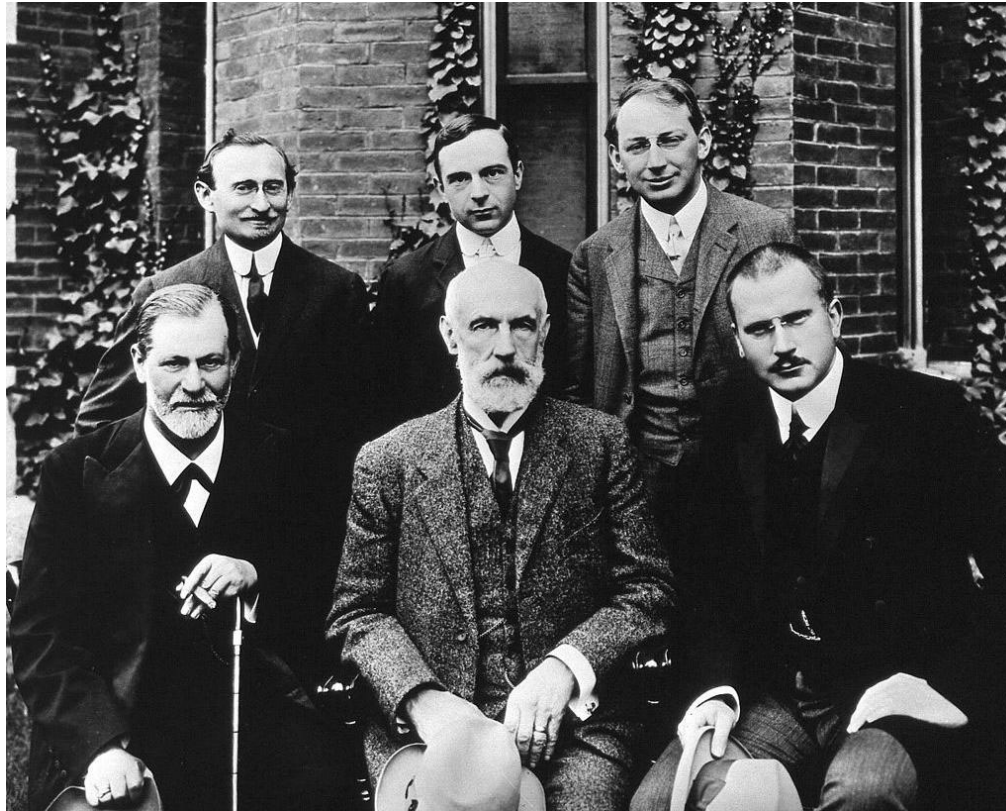
JED RUBENFELD

*La interpretación
del asesinato*



ANAGRAMA
Panorama de narrativas

5 CONFERENCIAS SOBRE PSICOANÁLISIS, CLARK UNIVERSITY, WORCESTER, MASSACHUSETTS, 1909



FREUD, LA REPRESIÓN COMO CAUSA DE LA PATOLOGÍA Y EL DESVELAMIENTO DEL INCONSCIENTE COMO CLAVE DE LA CURA

Los seres humanos enfermamos porque reprimimos ideas y afectos que nos resultan intolerables.

La cura pasaría por desvelar esos contenidos inconscientes a través de la interpretación.

Ciertamente, en muchas ocasiones, la cura pasa, efectivamente, por recuperar contenidos que son inconscientes porque han sido reprimidos.

Freud, 1909, 2ª conferencia dictada en la Clark University.

CLARK UNIVERSITY. 2ª CONFERENCIA

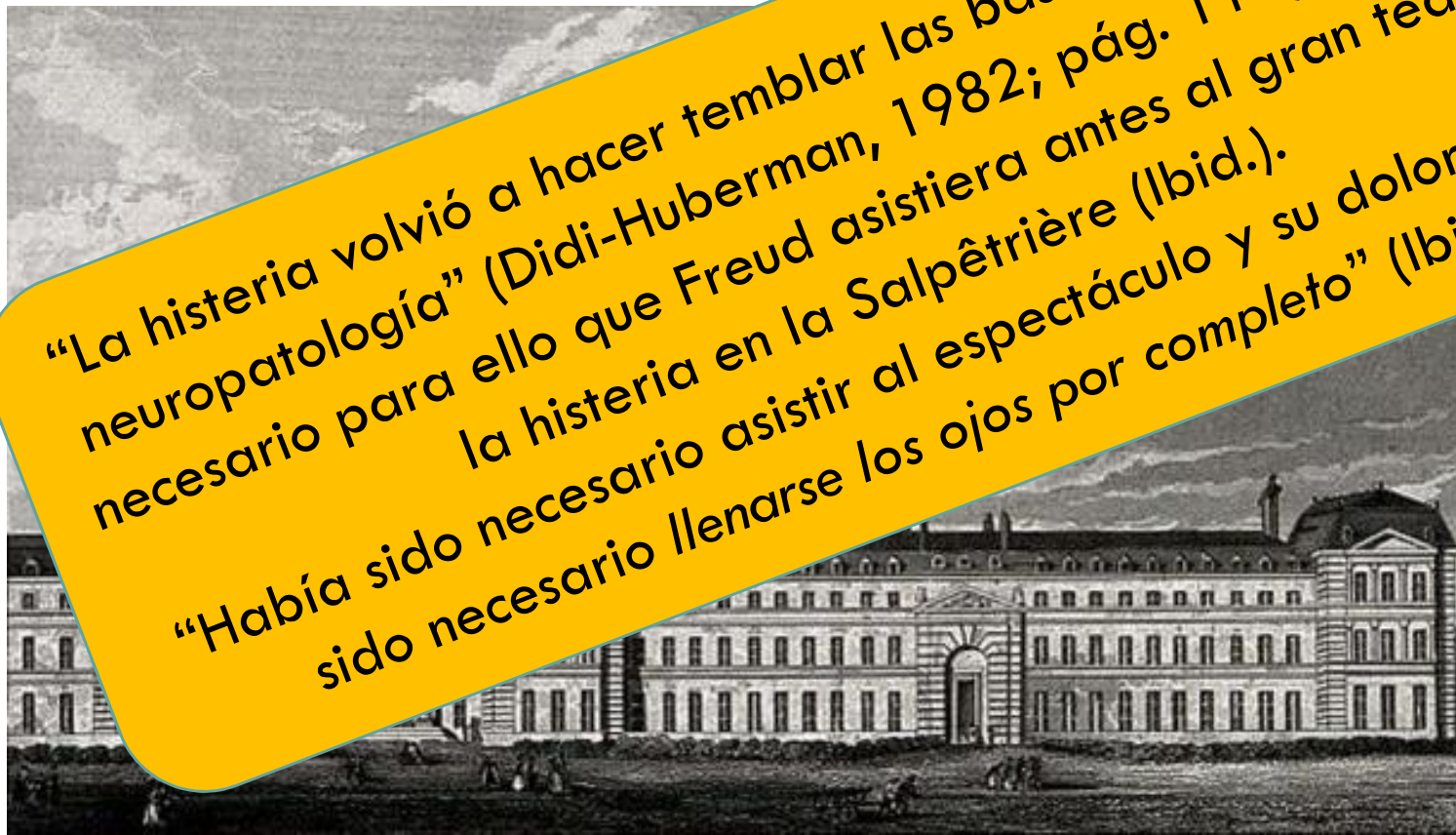
“Freud consideró el conflicto como problema clínico central subyacente a toda patología psíquica” (Mitchell, 1995; pág. 55 y ss).

Paulina



La mirada se centra en la búsqueda del conflicto entre la pulsión y la defensa

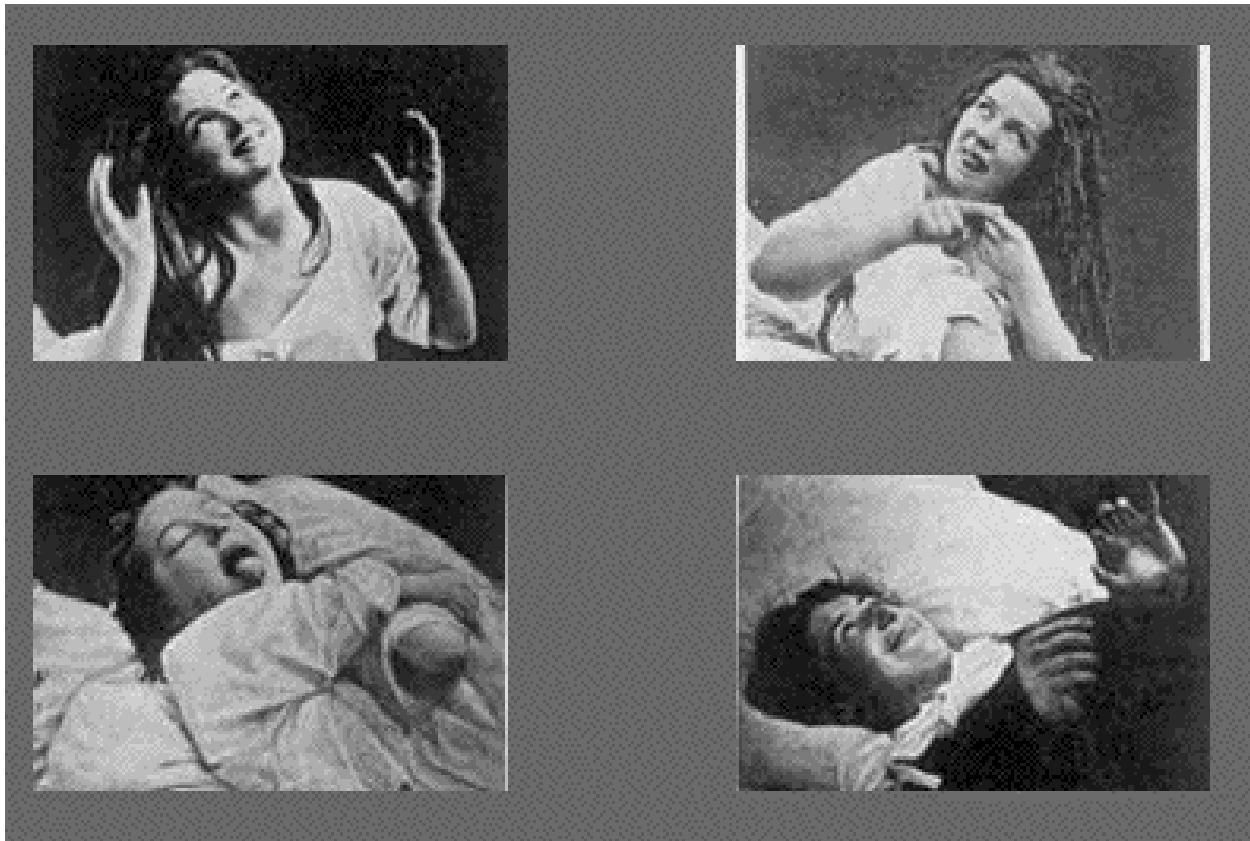
LA SALPÊTRIÈRE, ENTRE EL 13 DE DICIEMBRE DE 1885 Y EL 28 DE FEBRERO DE 1886



“La histeria volvió a hacer temblar las bases epistémicas de la neuropatología” (Didi-Huberman, 1982; pág. 111), “pero fue necesario para ello que Freud asistiera antes al gran teatro de la histeria en la Salpêtrière (Ibid.).

“Había sido necesario asistir al espectáculo y su dolor, había sido necesario llenarse los ojos por completo” (Ibid.).

CHARCOT, FOTÓGRAFO DE LA HISTERIA



Imágenes de Augustine.

Iconographie photographique de la Salpêtrière

LOUISE AUGUSTINE GLEIZE, “AUGUSTINE” O “A”

El trauma en la histeria.

Llega a la Salpêtrière con 14 años, en octubre.

Había pasado su infancia en un orfanato y una escuela religiosa en la que los castigos corporales eran frecuentes.

Sufre abusos sexuales.

Es violentada por su madre a la edad de 13 años.

**LA IMPORTANCIA DEL ELEMENTO TRAUMÁTICO,
ESCASAMENTE ESCUCHADO EN LA HISTORIA**

FREUD, 1897. “YA NO CREO EN MI NEURÓTICA”

Carta a Fliess de 21 de septiembre de 1897.

Esa fecha es asumida como la del acta de defunción de la teoría de la seducción, la del abandono de la idea de que ha de buscarse en la biografía del paciente neurótico un suceso traumático que pueda explicar el origen de la neurosis.

El reverso luminoso de ese desengaño es la propuesta de dos nociones psicoanalíticas fundamentales: los conceptos de fantasía inconsciente y de realidad psíquica.

FREUD, 1897. EL DRAMA EDÍPICO

Carta a Fliess de 25 de octubre de 1897.

“Cada uno de los oyentes fue una vez en germen y en la fantasía un Edipo”.

FREUD, 1905. ANÁLISIS FRAGMENTARIO DE UNA HISTERIA (CASO DORA).

“En consecuencia, si no queremos abandonar la teoría traumática, habremos de retroceder hasta la infancia del sujeto para buscar en ella influjos e impresiones que puedan haber ejercido acción análoga a la de un trauma.”

Sigmund Freud, 1905.

DORA (IDA BAUER)



FREUD, 1905. ANÁLISIS FRAGMENTARIO DE UNA HISTERIA (CASO DORA). (I)

Es el padre de Dora, un antiguo paciente de Freud, quien lleva a Dora a consulta. Ésta sufría, según Freud, claros síntomas neuróticos y tenía ya antecedentes de disnea a la edad de 8 años y de jaquecas y tos nerviosa a los 12. A los 16 años los ataques de tos continuaban, siendo entonces cuando la paciente visita a Freud por primera vez, aunque no llega a iniciarse un tratamiento en ese momento, puesto que la tos desaparece. A los 18 años Dora vuelve a ver a Freud para comenzar, ya sí, un tratamiento psicoanalítico. Tenía entonces nuevamente ataques de tos, y presentaba, además, “depresión y alteración del carácter” (Freud 1905/1979a). Evitaba el trato social alegando fatiga, y tenía desencuentros con sus padres, siendo reseñable el hecho de que tras una discusión con su padre había tenido un primer acceso de inconsciencia.

Para Freud, desde un comienzo, el caso presentaba todas las características de una *pequeña histeria*, con los síntomas somáticos y psíquicos más vulgares: disnea, tos nerviosa, afonía, jaquecas, depresión de ánimo y excitabilidad histérica.

FREUD, 1905. ANÁLISIS FRAGMENTARIO DE UNA HISTERIA (CASO DORA). (II)

En la esfera interpersonal, los personajes principales en la vida de Dora (a sus 18 años) son los siguientes:

En el **ámbito familiar**, su padre, de 45 años, era un industrial de excelente posición económica. Había padecido diversas enfermedades graves. Dora sentía mucho cariño hacia él, pero últimamente lo trataba secamente. Le exigía que rompiera relaciones con unos amigos íntimos, el matrimonio K, y especialmente con la señora K (a quien Dora consideraba la amante de su padre). La madre de Dora aparecía como una mujer escasamente ilustrada, poco inteligente, y con la que Dora tenía una relación muy desapegada. Al enfermar su marido se había centrado en las tareas del hogar, desinteresándose de las necesidades espirituales de sus hijos. Se pasaba el día limpiando lo limpio, en un funcionamiento al que Freud solía aludir como el de la “psicosis del ama de casa”. Dora tenía un hermano año y medio mayor, sin que la relación con él fuese muy estrecha. Al parecer él se ponía siempre del lado de la madre, mientras que Dora se ponía siempre del lado del padre. Aparece también una tía (hermana del padre) que había estado aquejada por una grave psiconeurosis y luego murió. Dora la había tomado como modelo, pues le tenía cariño.

FREUD, 1905. ANÁLISIS FRAGMENTARIO DE UNA HISTERIA (CASO DORA). (III)

Y después, naturalmente, está **la familia K**. El Sr. K, que siempre se había mostrado cariñoso con Dora y que, según ella relata, le había hecho proposiciones amorosas tras un paseo junto a un lago. Él negó tal acercamiento, acusando a Dora de ser ella quien mostraba un interés excesivo y llamativo por las cuestiones sexuales. Anteriormente, cuando Dora tenía 14 años, siempre según el relato de la paciente, él había intentado abusar de ella: la había abrazado al pie de una escalera y la había besado a la fuerza. Ambas situaciones, la del lago y la de la escalera, junto al negligente funcionamiento de sus padres, en absoluto protectores, pueden ser asumidos como generadores de la vivencia de un **trauma psíquico**.

La Sra. K había cuidado en un comienzo de la enfermedad del padre de Dora, por lo que se ganó el reconocimiento de éste. La vivencia de Dora es que la Sra. K era amante de su padre, y que la propia Dora era abandonada a los caprichos del Sr. K en una suerte de trueque perverso y de presumibles consecuencias traumáticas para la paciente.

DORA: UNO DE LOS MÁS FAMOSOS FRACASOS TERAPÉUTICOS DE FREUD

Las “rupturas en la alianza terapéutica” han merecido extraordinaria atención en el ámbito de la psicoterapia desde que Freud, ya en 1905, intentara explicar la interrupción prematura del tratamiento de Dora (Ida Bauer)...

...como la consecuencia de un defecto (del terapeuta) en el trabajo de *interpretación de la transferencia*.

El concepto de transferencia.

Proceso en virtud del cual ciertos conflictos o patrones relacionales del pasado del paciente se actualizan en relaciones que tienen lugar en la actualidad (muy especialmente en la relación terapéutica).

De la transferencia como obstáculo, como “resistencia a la cura”...

...a la transferencia como oportunidad privilegiada para el trabajo terapéutico.

“El enemigo no puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*” (Freud, 1912).

¿POR QUÉ FRACASÓ EL TRATAMIENTO DE DORA?

¿Insuficiente interpretación de la transferencia?

¿O insuficiente escucha del elemento traumático?

5 CONFERENCIAS SOBRE PSICOANÁLISIS, CLARK UNIVERSITY, WORCESTER, MASSACHUSETTS, 1909.



SELECCIONES FERENCZIANAS. OBRAS COMPLETAS TOMO IV.

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

Conferencia pronunciada en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis,
celebrado en Wiesbaden en septiembre de 1932

Sándor Ferenczi

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



FOOTNOTES TO FREUD

Javier Ramos
Psicólogo Clínico
CSM Tetuán
Hospital Universitario La Paz
Terapeuta y Supervisor MBT
Acreditado por el Anna Freud Centre



JAVIER RAMOS-HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ



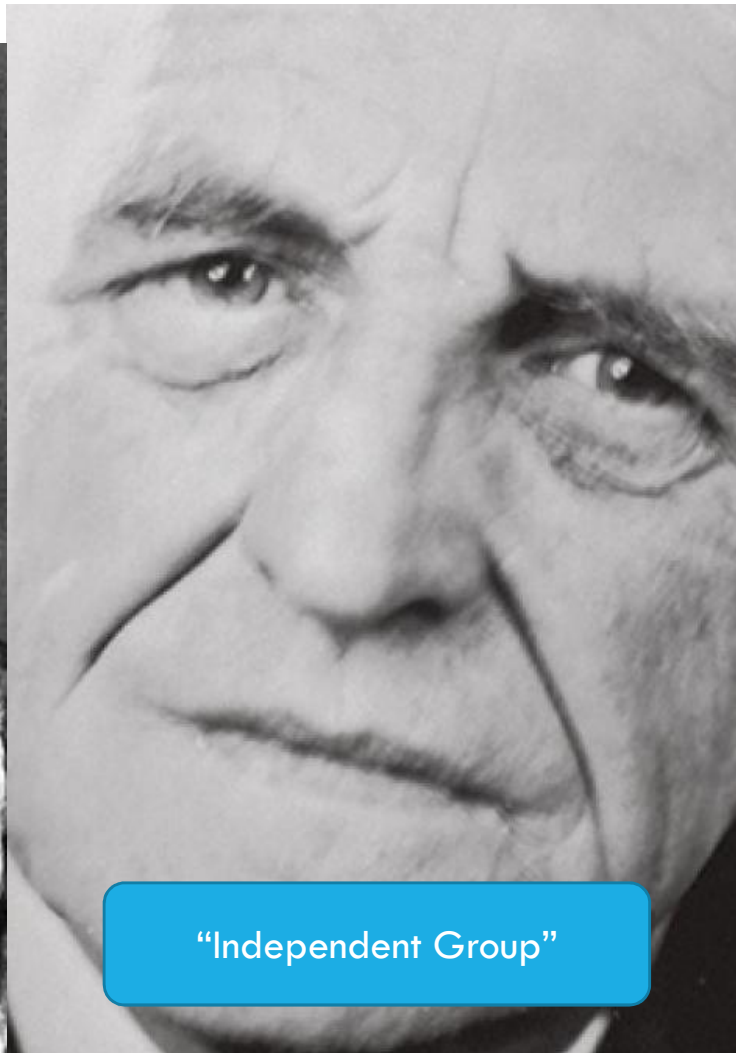
Psicología del Yo

Viena, 1895-Londres, 1982



Teoría de las Relaciones
Objetales

Viena, 1882-Londres, 1960

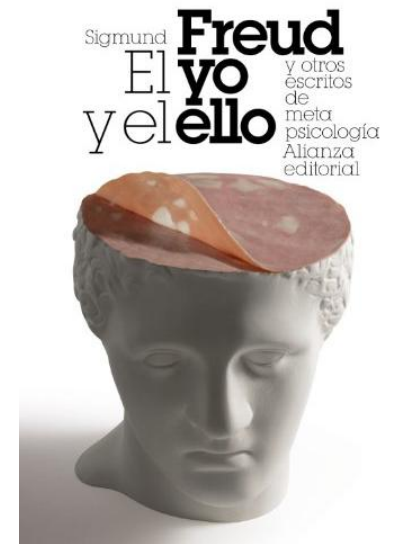
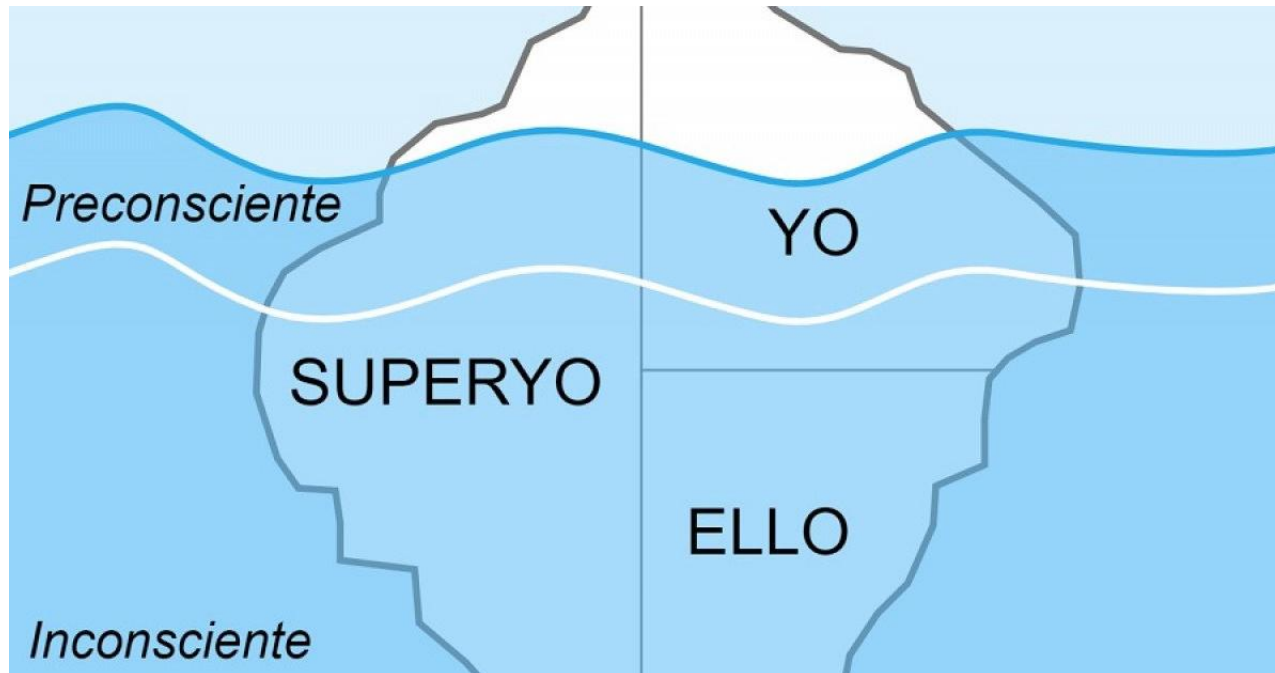


"Independent Group"

Plymouth, 1896-Londres, 1971



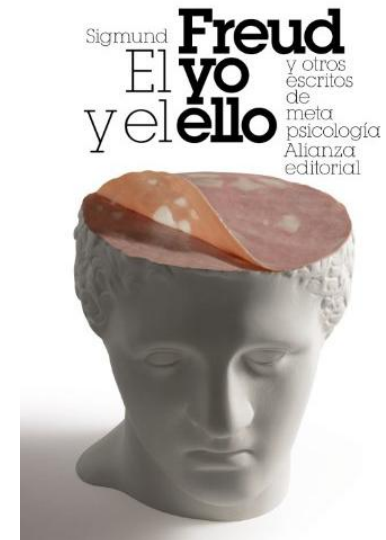
S. FREUD, 1923. *EL YO Y EL ELLO*





Los psicólogos del yo, aun **preservando la Teoría Pulsional freudiana**, tienen una visión mucho más amable del modelo estructural (la segunda tópica, ello-yo-superyó), del modo en que puede organizarse el psiquismo durante los primeros años de vida ("**si todo va bien**"), del desarrollo psicológico del infante y las posibilidades de una alianza terapéutica a largo plazo.

LA IMPORTANCIA DEL MEDIO

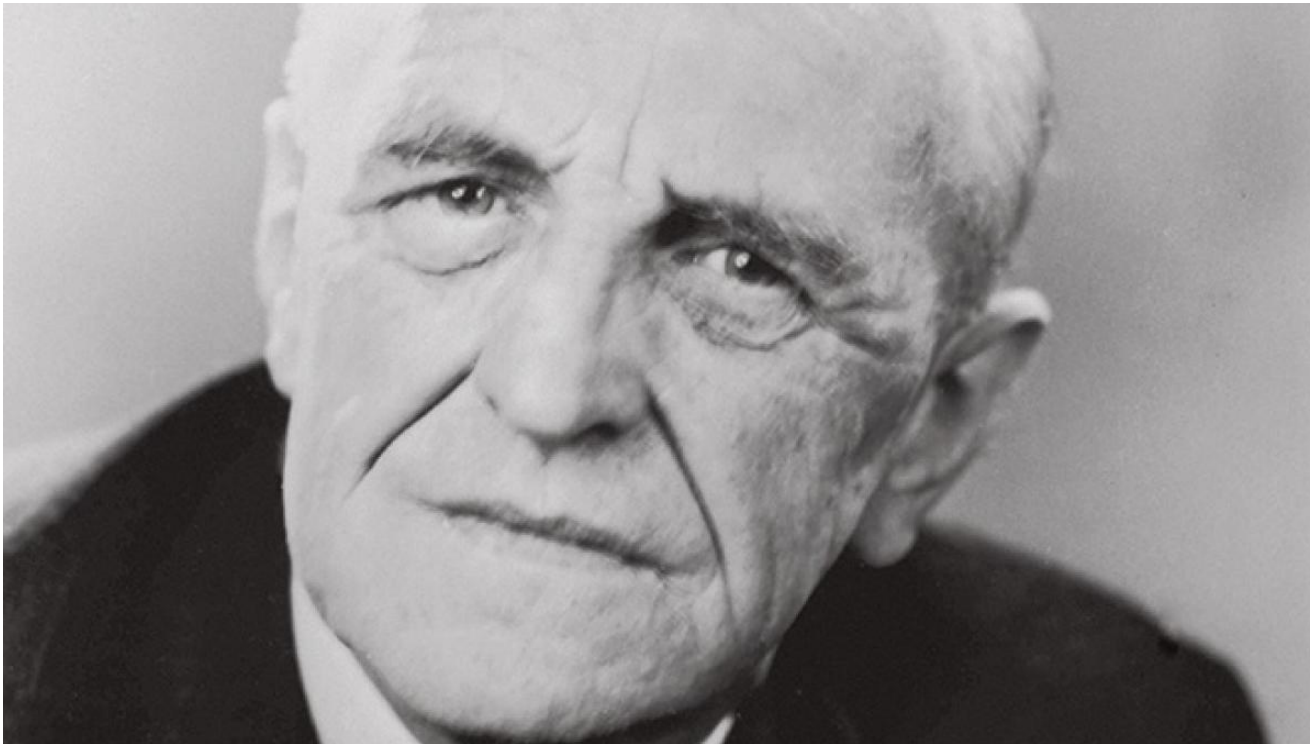


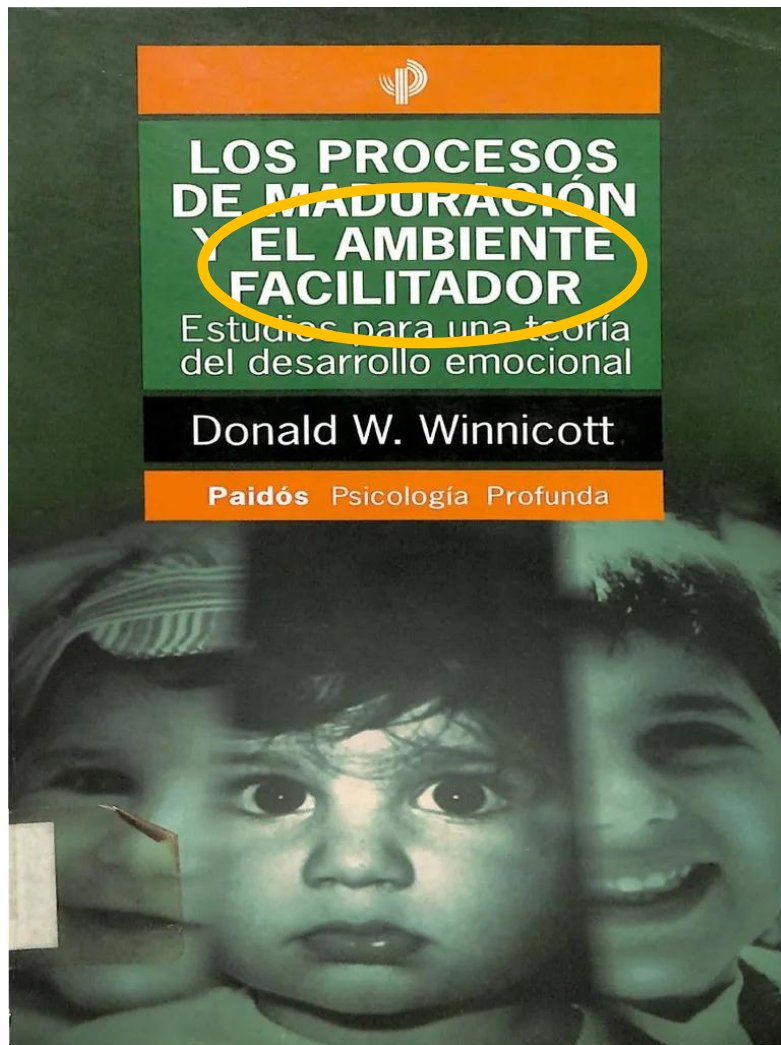
Si lo característico del ser humano es su necesidad de interacción, de vínculo, M. Klein concibe al ser humano como tal desde el principio. La criatura humana nace ya preparada para la interacción. La naturaleza de la pulsión es inseparable de los objetos humanos que habitan el interior del ser humano desde su nacimiento. Esos objetos que nos habitan son muchas veces mortíferos, aterradores, brutales, abrumadores, y pueden irse apaciguando modulando si las circunstancias son favorables.

“ALTERNATIVA RADICAL A LA TEORÍA PULSIONAL UNIPERSONAL” (GREENBERG Y MITCHELL, 1983)



D. W. WINNICOTT





De la comprensión del
impacto de un “medio no
suficiente” en el desarrollo
del psiquismo...

... a la propuesta de una
psicoterapia concebida
como “una segunda
oportunidad”.

“La unidad de estudio no la
constituye el individuo, sino la
organización de la mente-
individual.”

“There's no such thing as a baby”

(Winnicott, 1952)

FREUD, 1911. LOS DOS PRINCIPIOS DEL FUNCIONAMIENTO MENTAL

El paso del principio de placer...

...al principio de realidad.

Justamente en este texto...

WINNICOTT, A PARTIR DE UNA NOTA A PIE DE PÁGINA DEL PROPIO FREUD

En **una nota a pie de página**, en el texto dedicado a los dos principios básicos del funcionamiento mental (Freud, 1911; pág. 1639), Freud sugiere que el *infans*, ese niño muy pequeño y que aún no habla, no puede ser pensado al margen de su madre:

No puede considerarse a aquél sin incluir con él el cuidado que recibe de ésta.

Freud da algo por supuesto: la existencia de un ambiente, de un vínculo y de un repertorio de cuidados maternos lo suficientemente buenos como para que el bebé pueda desarrollar un *self* (un *sí-mismo*, un yo con conciencia de sí, un yo subjetivo, una continuidad existencial) sólido y capaz de sostener las demandas pulsionales y la tramitación edípica.

De algún modo, para Freud, los problemas se inician con la irrupción del Complejo de Edipo, en torno a los 3-5 años.



Psicología del Yo

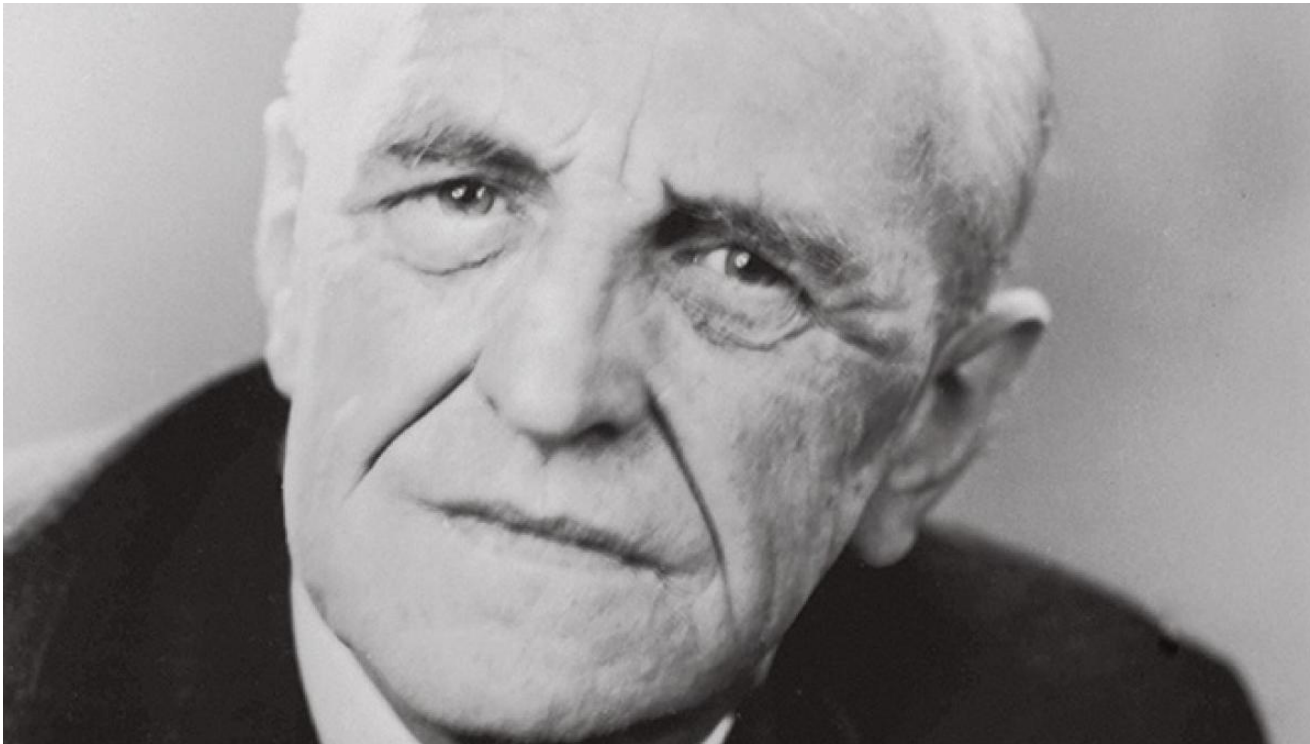
Viena, 1895-Londres, 1982



Teoría de las Relaciones
Objetales

Viena, 1882-Londres, 1960

D. W. WINNICOTT



WINNICOTT, 1960. “TEORÍA DE LA RELACIÓN ENTRE PROGENITORES-INFANTE”

“La razón principal por la cual en el desarrollo infantil el infante por lo común llega a ser capaz de dominar al ello, y el yo capaz de incluirlo, es el hecho del cuidado materno” (*Ibid.*; pág. 52).

FREUD, 1933. *WO ES WAR, SOLL ICH WERDEN*

“Donde era ello, ha de ser yo” (López Ballesteros, Biblioteca Nueva)

“Donde Ello era, Yo debo devenir” (Etcheverry, Amorrortu).

WINNICOTT, 1960. "TEORÍA DE LA RELACIÓN ENTRE PROGENITORES-INFANTE"

"La razón principal por la cual en el desarrollo infantil el yo común llega a ser capaz de dominar al ello, y el yo común es el hecho del cuidado materno" (*Ibid.*; pág. 52).

"Habrá que examinar cómo se desarrolla el yo común, y también cómo el yo del infante llega finalmente a ser un yo auxiliar de la madre, de modo tal que el niño se separa de ella, consiguiendo diferenciarse en un *self* personal (Ibid.).

"There's no such thing as a baby"

Es importante el abordaje y la comprensión de una etapa del desarrollo que es *anterior* al complejo de Edipo;

Una etapa en la que "el infante sólo existe gracias al cuidado materno, con el cual forma una unidad" (*Ibid.*; pág. 54).

“La unidad de estudio no la constituye el individuo, sino la organización ambiente-individuo”.

(DWWinnicott, 1952)

“HIS MAJESTY THE BABY”

Para atravesar el Edipo en un modo neurótico, para asumir la ley, para incorporarse a la cultura, para que donde hubo Ello habite el Yo...

...todo ser humano debe hacer una renuncia, y perder algo.

Cierto, pero partiendo de la condición previa y fundamental de que, para perder ese algo, este ser humano, “*His Majesty the Baby*” (Freud, 1914a; pág. 2027), debe haberlo poseído antes.

Y es por ello fundamental que el niño no sea un *desposeído*, que no sufra una *verdadera desposesión*; o, al menos, que no la sufra antes de un determinado momento crítico (Winnicott, 1956b; págs. 408-9).

Si el medio fracasa en esa tarea, se interrumpe el desarrollo del *verdadero self*.

La progresión del self quedará congelada, instaurándose un *falso self* (es el niño el que se adapta al medio, y no el medio el que se adapta al niño)...

En la *esperanza* de que, más adelante, en algún momento, pueda darse una situación en la que pueda darse una regresión a ese punto desde el cual se retome el desarrollo del *verdadero self*.

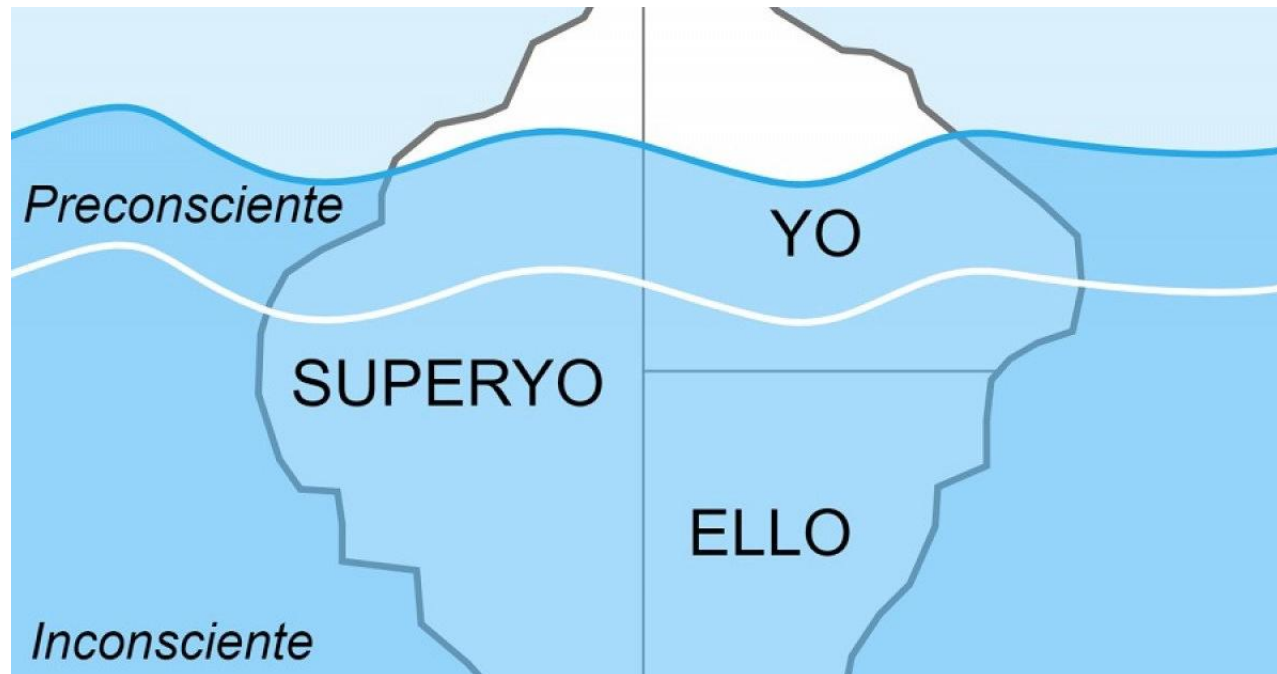


His Majesty to Baby. J. Lewis



La mirada se centra en la búsqueda del conflicto entre la pulsión y la defensa

S. FREUD, 1923. *EL YO Y EL ELLO*



FREUD, 1933. *WO ES WAR, SOLL ICH WERDEN*

“Donde era ello, ha de ser yo” (López Ballesteros, Biblioteca Nueva)

“Donde Ello era, Yo debo devenir” (Etcheverry, Amorrortu).



“Volver a Freud”

París, 1901-París, 1981

“EL PASO QUE SE DEBE DAR” PARA ACCEDER A LA CONDICIÓN DE SUJETO NEURÓTICO

El paso de ser sujeto sujetado (por la madre) a ser sujeto deseante.

El paso del ser (el falo de la madre) al tener (algo, aun cuando también falte algo).

El paraíso debe ser abandonado.

Debemos renunciar al goce del vínculo simbiótico con la madre.

Debemos asumir la Ley de Prohibición del Incesto.

Debemos asumir nuestra condición de sujetos castrados.

ASPECTOS CLÍNICOS Y METAPSICOLÓGICOS DE LA REGRESIÓN DENTRO DEL MARCO PSICOANALÍTICO (1954)

“Tratemos de ver cuál era la actitud de Freud en lo que se refiere a elegir sus casos.”

“Seleccionaba aquellos casos que habían contado con una provisión adecuada en la más temprana infancia, esto es, los psiconeuróticos.”

FREUD, 1912. CONSEJOS AL MÉDICO

El encuadre analítico es a la interpretación lo que el campo quirúrgico es al bisturí.

El encuadre no cura, pero aporta las condiciones necesarias para que la interpretación cure.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO EL ORIGEN DE LA PATOLOGÍA SE SITÚA EN EL *FRACASO DEL MEDIO AMBIENTE* QUE ACOGE AL *INFANS*?

Si el origen de la patología puede situarse muchas veces en un “fallo” del medio que acogió al niño en las primeras fases de su desarrollo,

aquí, más que con ningún otro tipo de paciente, cobra sentido y valor el concepto de “Experiencia Emocional Correctiva”,

... o tal vez, aún mejor, de “Experiencia de Apego Correctiva” (Bleichmar, 1997),

... o, aún mejor, de “segunda oportunidad para el desarrollo”.

ALEXANDER Y FRENCH, 1946, *EL PRINCIPIO DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTIVA*

“Mientras el paciente continúa actuando conforme a pautas anticuadas, la reacción del analista se adapta estrictamente a la situación terapéutica real. Esto hace del comportamiento transferencial de aquél un unilateral boxeo con su sombra y así el terapeuta tiene oportunidad de ayudarlo **tanto a ver intelectualmente como a sentir** la irracionalidad de sus reacciones emocionales. Al mismo tiempo, la actitud objetiva, comprensiva, del analista, permite al paciente encarar en forma distinta sus reacciones emocionales y **hacer así una nueva definición del viejo problema**”.

PARA COMPRENDER LA PSICOTERAPIA (Y EN ESPECIAL LA DE LOS PACIENTES CARENCIADOS)

Es preciso poder hacer una traslación a la relación terapeuta-paciente (a la técnica) de la comprensión del desarrollo del psiquismo humano (de la Teoría de la Psicología del Desarrollo).

Si se comprende el valor de la *madre suficientemente buena*, se podrá lograr ser un *terapeuta suficientemente bueno* (en lugar de uno decididamente malo).

Con estos pacientes, lo que sucede en la consulta no es una reedición de lo que sucedió en el pasado (neurosis de transferencia), sino que puede ser la oportunidad para que se den por primera vez cosas (edición) que debieron darse y nunca se dieron en el pasado.

OSLO



CONFLICTO Y DEFICIT: IMPLICANCIAS PARA LA TÉCNICA

BJØRN KILLINGMO, OSLO

INTRODUCCION

En el psicoanálisis tradicional, la psicopatología es conceptualizada en términos de conflicto *intersistémico*. Esto implica diferentes patrones de oposición entre los tres sistemas estructurales de la personalidad -ello, yo, superyó- y la realidad. Además, la fórmula principal de la evolución patológica es la siguiente: deseo pulsional edípico-represión-regresión-formación de síntomas. Esta manera de conceptualizar la patología presupone un cierto grado de diferenciación estructural. En primer lugar, los propios sistemas que se supone están en conflicto entre sí tienen que estar separados. En segundo lugar, tiene que establecerse una diferenciación relativamente estable entre la representación del sí-mismo y la representación del objeto (constancia), de tal manera que se experimente la constelación interpersonal triádica de la situación edípica. En tercer lugar, el individuo debe haber alcanzado un nivel de desarrollo estructural que le permita utilizar la represión como el principal mecanismo de defensa.

Sin embargo, tanto la experiencia clínica como la evolución teórica, especialmente durante los últimos 20 años, parecen exigir una revisión, o por lo menos una ampliación, de la teoría clásica. Primeramente, una inmensa cantidad de evidencia clínica tiende a señalar el inicio de la patología *antes* de la etapa en que se supone se ha producido la diferenciación estructural mencionada líneas arriba (Call, 1980). Luego, las propias necesidades en juego en el proceso patológico no siempre parecen ser de naturaleza fundamentalmente pulsional (libidinal o agresiva). También *necesidades evolutivas* (Tolpin, 1978), como la necesidad de una fusión simbiótica (Mahler y otros, 1975) o la necesidad de la afirmación del sentimiento básico del sí-mismo (Kohut, 1977), pueden jugar un rol independiente como fuerzas motivadoras de

fenómenos patológicos (Killingmo, 1985). Finalmente, parece que el mecanismo de funcionamiento de la patología no siempre es el de fuerzas que se oponen activamente unas a otras, como se definía en la teoría tradicional. También puede ser el de un sufrimiento o trauma pasivo. El aporte patógeno del medio ambiente no es fundamentalmente el de una condena moral que se opone a los deseos pulsionales del niño. Más bien se trata de un problema de falla, es decir, que el objeto no responde emocionalmente de una manera adecuada en términos de las fases a las necesidades evolutivas del niño.

Por lo tanto, a nivel de principios, debemos hablar de dos mecanismos patológicos separados, el del *conflicto* y el del *déficit*. A diferencia de la patología típica, basada en el conflicto, la patología basada en el déficit se caracteriza por las fallas *intrasistémicas*, como una estructura defectuosa del sí-mismo, la falta de constancia del objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos (Kernberg, 1975), es decir, que la propia evolución de la estructura del yo ha sido dañada.

El enfoque cada vez más amplio de la psicopatología mencionado líneas arriba es resultado principalmente de la evolución teórica dentro de la psicología de las relaciones objetales y de la psicología del sí-mismo. Obviamente, esta nueva perspectiva cuestiona el monopolio que ha ejercido el concepto de conflicto dentro de la teoría tradicional. En líneas generales, tres posiciones teóricas respecto al concepto de conflicto parecen ser las predominantes en el psicoanálisis contemporáneo:

(1) El conflicto debe ser concebido como existente desde el nacimiento. En última instancia, toda la psicopatología se basa en el conflicto intrapsíquico. El psicoanálisis como

Killingmo, B. (1989). "Conflicto y déficit: Implicaciones para la técnica". Libro Anual de Psicoanálisis, Tomo V: 112-126.

BOSTON





Clockwise left to right: Karlen Lyons-Ruth, Louis Sander, Nadia Bruschweiler-Stern, Daniel Stern, Jeremy Nahum, Alexander Morgan

Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group. 1998

[D. Stern](#), [L. Sander](#), +5 authors [E. Tronick](#) • Published 1998 • Psychology, Medicine, Philosophy •

The International journal of psycho-analysis

It is by now generally accepted that something more than interpretation is necessary to bring about therapeutic change. Using an approach based on recent studies of mother-infant interaction and non-linear dynamic systems and their relation to theories of mind, the authors propose that the something more resides in interactional intersubjective process that give rise to what they will call 'implicit relational knowing'. This relational procedural domain is intrapsychically distinct from the... [Expand](#)

Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more'than interpretation

DN Stern, LW Sander, JP Nahum... - International Journal of ..., 1998 - pep-web.org

It is by now generally accepted that something more than interpretation is necessary to bring about **therapeutic** change. Using an approach based on recent studies of mother-infant ...

☆ Guardar  Citar Citado por 2126 Artículos relacionados Las 11 versiones

'Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy'By Daniel Stern Et Al. And 'What Is “Applied” in “Applied” Psychoanalysis

P Williams - International Journal of Psycho-Analysis, 1999 - pep-web.org

... **Non-interpretive** work involves the personality of the **therapist**: this is part of the art of **therapy** and is something that cannot be taught. It is one reason why personal analysis is so ...

☆ Guardar  Citar Citado por 6 Artículos relacionados

[PDF] (1998) Int. J. Psycho-Anal., 79: 903-921 Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More'Than Interpretation Daniel N. Stern ...

ACM Lyons-Ruth, N Bruschweilerstern... - Int. J. Psycho ..., 1998 - francinelapides.com

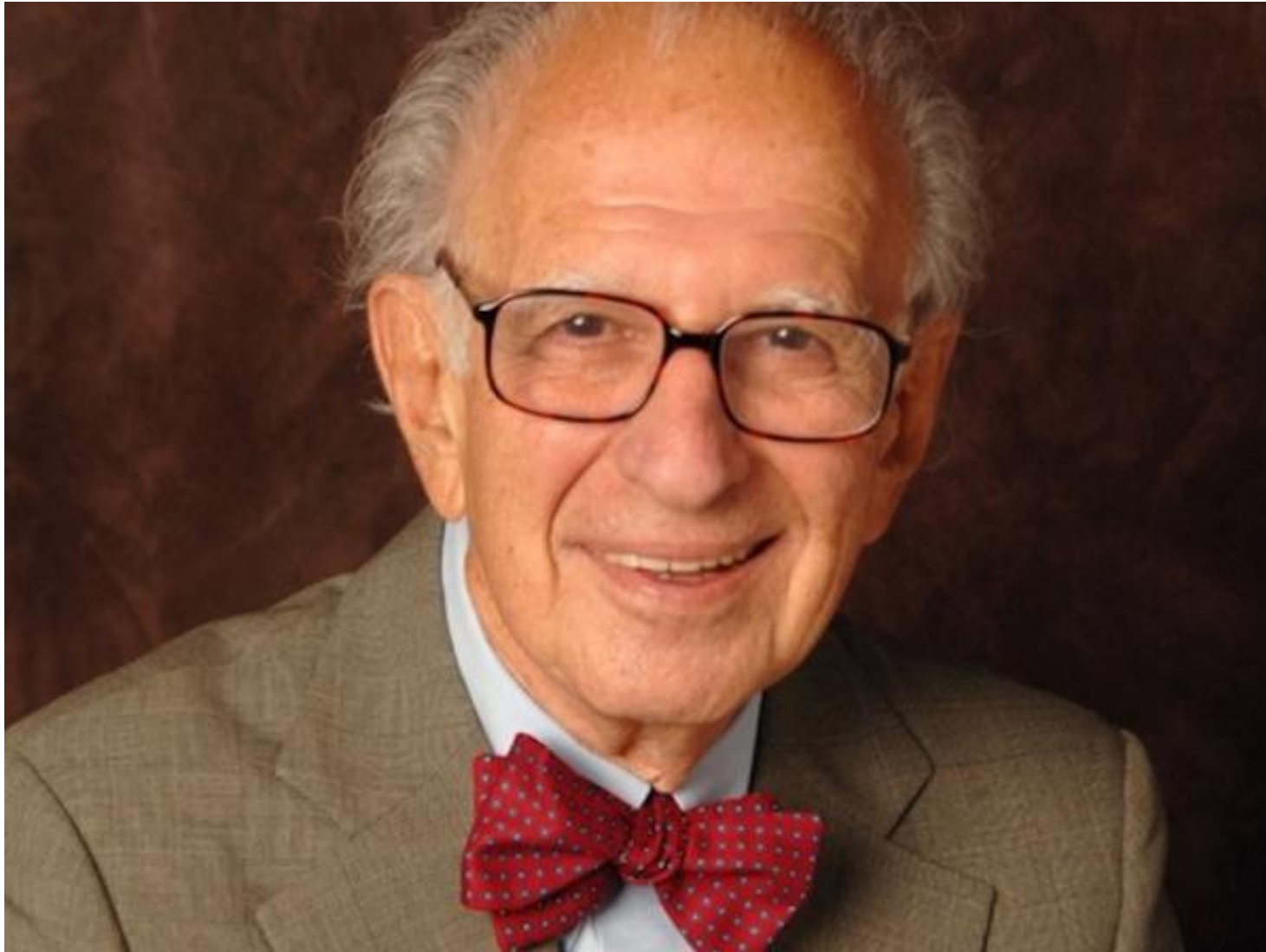
... on the something more of **psychoanalytic therapy**, which involves grappling ... **therapeutic** processes. The something more must be differentiated from other processes in **psychoanalysis**. ...

☆ Guardar  Citar Artículos relacionados Las 6 versiones 

[PDF] francinelapides.com

VIENA, NUEVA YORK





Eric Kandel

ERIC KANDEL, PREMIO NOBEL DE MEDICINA EN 2000 POR SUS DESCUBRIMIENTOS EN NEUROCIENCIA

"El psicoanálisis representa todavía el punto de vista más coherente e intelectualmente satisfactorio de la mente" (Kandel, 1999. p. 505).

"Un diálogo genuino entre la biología y el psicoanálisis es necesario si queremos alcanzar una comprensión coherente de la mente" (*Ibid.*, p. 519).

[Paper presented on June 13, 1999, at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group].

The Scientific Status of Unconscious Processes

Drew Westen 1999



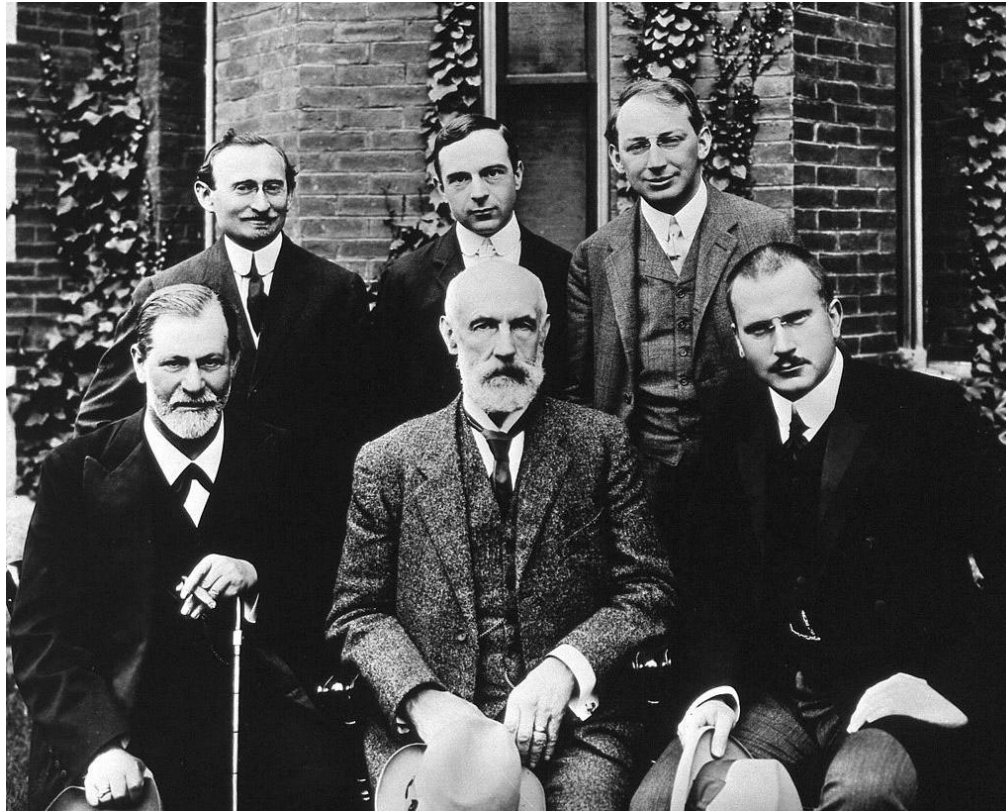
Probably no one's death has ever been heralded as many times, over as many years, as Sigmund Freud's. In one such obituary, published in the *New York Review of Books* (1993), Frederick Crews, a professor of English, penned a scathing critique of Freud and psychoanalysis, contending that psychoanalysis has "proved to be an indifferently successful and vastly inefficient method of removing neurotic symptoms," and that psychodynamic treatments produce "more converts than cures." He adds that "Freud's doctrine has been faring no better, in scientifically serious quarters, as a cluster of propositions about the mind," and that psychoanalytic theory is "without significant experimental or epidemiological support." [Footnote 1: Crews makes these assertions about the scientific status of psychoanalytic theory and therapy without apparent knowledge of the basic science literature to be reviewed here shortly or the psychotherapy outcome research that documents that

Second, these critiques reflect a lack of knowledge of current psychological research relevant to their conclusions. A substantial body of evidence now suggests that Freud was right about a series of propositions that are central to *contemporary* psychoanalytic theory: (1) that enduring aspects of personality begin to coalesce in childhood, and that childhood experiences play an important role in personality development, particularly in shaping the ways people form later social relationships; (2) that mental representations of the self, others, and relationships guide people's interactions with others and play a substantial part in many forms of psychopathology; (3) that mental processes, including affective and motivational processes, operate simultaneously in parallel, so that individuals can have conflicting feelings toward the same person or situation and can craft compromises outside of awareness; (4) that personality development involves not only learning to regulate sexual and aggressive feelings and

Second, these critiques reflect a lack of knowledge of current psychological research relevant to their conclusions. A substantial body of evidence now suggests that Freud was right about a series of propositions that are central to *contemporary* psychoanalytic theory: (1) that enduring aspects of personality begin to coalesce in childhood, and that childhood experiences play an important role in personality development, particularly in shaping the ways people form later social relationships; (2) that mental representations of the self, others, and relationships guide people's interactions with others and play a substantial part in many forms of psychopathology; (3) that mental processes, including affective and motivational processes, operate simultaneously in parallel, so that individuals can have conflicting feelings toward the same person or situation and can craft compromises outside of awareness; (4) that personality development involves not only learning to regulate sexual and aggressive feelings and wishes but also moving from an immature dependent state to a mature interdependent one; and (5) that much of mental life is unconscious (Westen, 1998a; Westen & Gabbard, in press).



5 CONFERENCIAS SOBRE PSICOANÁLISIS, CLARK UNIVERSITY, WORCESTER, MASSACHUSETTS, 1909.



FREUD, LA REPRESIÓN COMO CAUSA DE LA PATOLOGÍA Y EL DESVELAMIENTO DEL INCONSCIENTE COMO CLAVE DE LA CURA

Los seres humanos enfermamos porque reprimimos ideas y afectos que nos resultan intolerables.

La cura pasaría por desvelar esos contenidos inconscientes a través de la interpretación.

Ciertamente, en muchas ocasiones, la cura pasa, efectivamente, por recuperar contenidos que son inconscientes porque han sido reprimidos.

Freud, 1909, 2ª conferencia dictada en la Clark University.

LA DOBLE INSCRIPCIÓN CONSCIENTE/INCONSCIENTE Y EL INCONSCIENTE NO DINÁMICO

Tradicionalmente en psicoanálisis se ha prestado atención al inconsciente dinámico, fruto de la represión,

susceptible de ser recuperado para la conciencia, simbolizado y verbalizado.

LA DOBLE INSCRIPCIÓN CONSCIENTE/INCONSCIENTE

Freud, 1915. *Lo inconsciente*.

Tanto las representaciones como los afectos pueden inscribirse en el psiquismo en un doble registro, consciente o inconsciente.

Estos dos circuitos funcionan en paralelo, lo que posibilita que ideas o afectos contradictorios entren en conflicto.

LA DOBLE INSCRIPCIÓN CONSCIENTE/INCONSCIENTE Y EL INCONSCIENTE NO DINÁMICO

Tradicionalmente en psicoanálisis se ha prestado atención al inconsciente dinámico, fruto de la represión,

susceptible de ser recuperado para la conciencia, simbolizado y verbalizado.

Los hallazgos neurocientíficos permiten comprender que hay un inconsciente no dinámico.

Hay experiencias que no llegaron a inscribirse nunca a nivel consciente y no pueden, por tanto, recordarse.

Por ejemplo, todas esas experiencias vinculares que tienen lugar durante los dos primeros años de la vida son determinantes a nivel emocional, y quedan inscritas en la memoria procedimental, implícita, inconsciente.

Esto es lo que D. Stern y el grupo de Boston llaman “conocimiento relacional implícito” (Stern et al., 1998; BCPSG, 2018).

LA “CURA POR LA PALABRA” Y LA PSICOTERAPIA COMO “SEGUNDA OPORTUNIDAD”

Si hay un doble circuito emocional, si ciertas experiencias tempranas se inscriben directamente en el inconsciente sin pasar por la conciencia,

resulta que en estos casos el poder terapéutico de la interpretación es relativamente pequeño, dado que esas experiencias, ese “conocimiento relacional implícito”, no ha sido codificado de un modo simbólico.

Non-interpretive mechanisms in analytic therapy. The 'something more' interpretation. The Group.

D. Stern, L. Sander

The International

It is by now

change. Using

and their relationships

intersubjective

domain is intrapsychic

analytic

La interpretación no es suficiente para producir el cambio terapéutico. Un "algo más" es necesario, tal y como muchos autores, desde Ferenczi o Winnicott, vienen investigando.

ESE “ALGO MÁS”

Present Moments.

I. Now Moments.

II. Meeting Moments.

Cambios que se producen por y dentro de la relación terapéutica.

La potencia de lo que es genuino, auténtico, inesperado, diferente, ajeno a una técnica protocolizada.

FREUD, 1913. LA INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO

“Nunca debe intervenirse antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros”.

“El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace”.

“El terapeuta debe evitar cualquier actitud que no sea de simpatía y de cariñoso interés hacia su paciente”.



De la relación terapéutica como condición de posibilidad de la cura

FREUD, 1912. CONSEJOS AL MÉDICO

El encuadre analítico es a la interpretación lo que el campo quirúrgico es al bisturí.

El encuadre no cura, pero aporta las condiciones necesarias para que la interpretación cure.

FREUD, 1897. “YA NO CREO EN MI NEURÓTICA”

[...] Y enseguida quiero confiarte el gran secreto que poco a poco se me fue trasluciendo en las últimas semanas. Ya no creo más en mi «neurótica».

5 CONFERENCIAS SOBRE PSICOANÁLISIS, CLARK UNIVERSITY, WORCESTER, MASSACHUSETTS, 1909.



SELECCIONES FERENCZIANAS. OBRAS COMPLETAS TOMO IV.

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

Conferencia pronunciada en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis,
celebrado en Wiesbaden en septiembre de 1932

Sándor Ferenczi

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

S. FERENCZI, 1932

El discípulo de Freud más comprometido con la clínica y con el sufrimiento de sus pacientes insiste en la importancia de atender a ciertos **sucesos biográficos de corte traumático** cuando se trata de comprender la patología con la que nos encontramos en el espacio terapéutico.

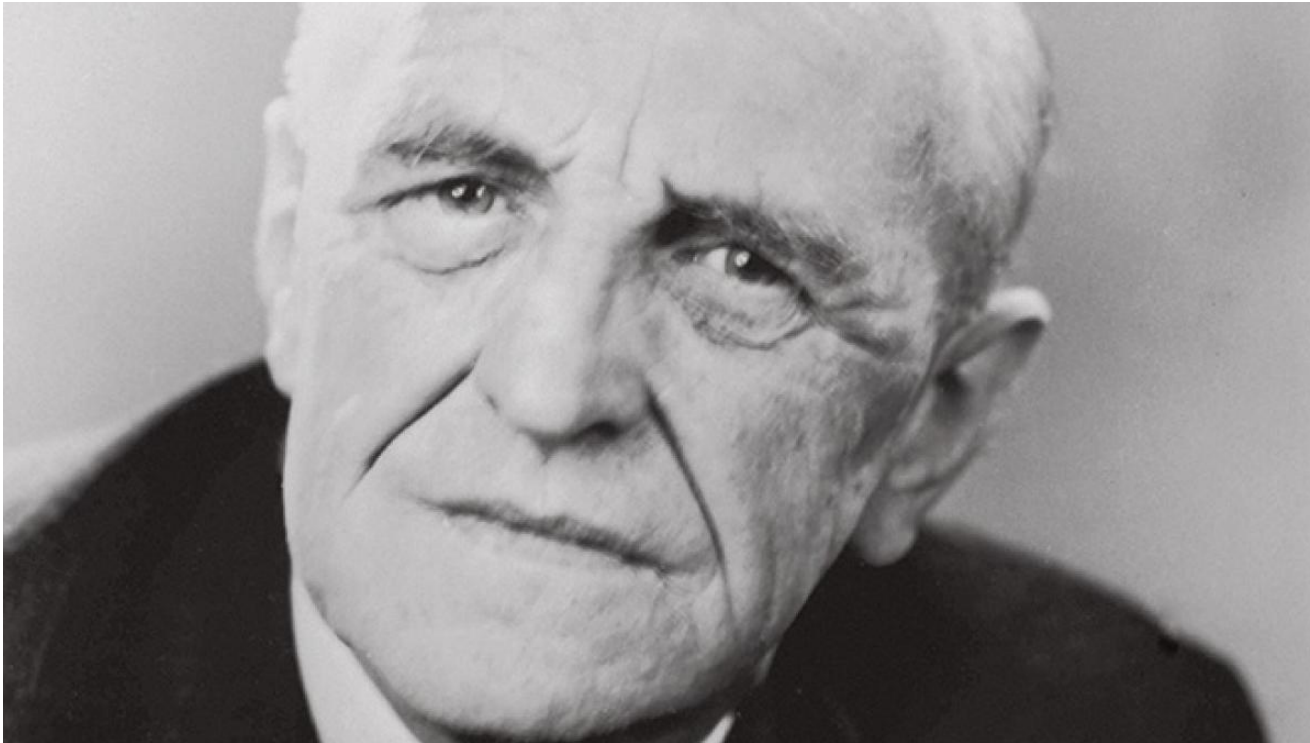
Nuestros pacientes se someten habitualmente a la propuesta terapéutica de los clínicos...

“Sólo en momentos excepcionales (...) podían reunir los pacientes suficiente coraje para protestar”.

“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”.

D. W. WINNICOTT



PARA COMPRENDER LA PSICOTERAPIA (Y EN ESPECIAL LA DE LOS PACIENTES CARENCIADOS)

Es preciso poder hacer una traslación a la relación terapeuta-paciente (a la técnica) de la comprensión del desarrollo del psiquismo humano (de la Teoría de la Psicología del Desarrollo).

Si se comprende el valor de la *madre suficientemente buena*, se podrá lograr ser un *terapeuta suficientemente bueno* (en lugar de uno decididamente malo).

Con estos pacientes, lo que sucede en la consulta no es una reedición de lo que sucedió en el pasado (neurosis de transferencia), sino que puede ser la oportunidad para que se den cosas (edición) que debieron darse y nunca se dieron en el pasado.

DE NUEVO, LO TRAUMÁTICO. CUANDO NO TIENE LUGAR AQUELLO QUE DEBIÓ DARSE

Entre la teoría del trauma (cuando lo desbordante viene de afuera),
Y la teoría pulsional (cuando son las pulsiones internas las que nos desbordan).
La importancia del **ambiente y de los fallos en el ambiente**.

ASPECTOS CLÍNICOS Y METAPSICOLÓGICOS DE LA REGRESIÓN DENTRO DEL MARCO PSICOANALÍTICO (1954)

1. A una hora establecida, cinco o seis veces por semana, Freud se ponía al servicio del paciente. (Esa hora se arreglaba según la conveniencia del analista y el paciente.)
2. El analista estaba siempre allí, puntualmente vivo y respirando.
3. Durante el limitado período de tiempo establecido (aproximadamente una hora) el analista se mantenía despierto y se ocupaba del paciente.
4. El analista expresaba amor a través del interés positivo que tomaba, y odio a través de su actitud estricta en cuanto al comienzo y al final de la sesión y en lo relativo a los honorarios. El amor y el odio se expresaban honestamente, esto es, el analista no los negaba.
5. La finalidad del análisis era ponerse en contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, y comunicar dicha comprensión por medio de palabras. La resistencia implicaba padecimiento y era posible aliviarlo mediante una interpretación.
6. El método del analista era la observación objetiva.

ASPECTOS CLÍNICOS Y METAPSICOLÓGICOS DE LA REGRESIÓN DENTRO DEL MARCO PSICOANALÍTICO (1954)

7. Tal labor debía cumplirse en una habitación, no en un corredor; una habitación tranquila y no expuesta a sonidos súbitos e imprevisibles, pero, no obstante, no totalmente silenciosa y exenta de los ruidos habituales de una casa. Dicha habitación estaba adecuadamente iluminada, pero no con un luz sobre el rostro ni con una luz variable. Sin duda, la habitación no estaba a oscuras y reinaba una temperatura agradable. El paciente se recostaba en un diván, esto es, estaba cómodo, si podía, y probablemente tenía a su alcance una manta y un poco de agua.

8. El analista (como es bien sabido) mantiene todo juicio moral al margen de la relación, no experimenta deseos de intercalar detalles de su vida personal y sus ideas, y no desea tomar partido en los sistemas persecutorios aún cuando éstos aparezcan bajo la forma de situaciones reales compartidas, sean locales, políticas, etcétera. Naturalmente, si hay una guerra o un terremoto o si el rey muere, el analista no deja de enterarse.

9. En la situación analítica el analista es mucho más confiable que las personas en la vida corriente. Es en general puntual, no tiene pataletas, no está expuesto a enamoramientos compulsivos, etcétera.

10. Existe un distingo muy claro en el análisis entre los hechos y la fantasía, de modo que el analista no se siente herido por un sueño agresivo.

11. Se puede contar con que no habrá retaliación.

12. El analista sobrevive.

A la cura a través de lo que sucede en la relación terapéutica



La psicoterapia como segunda oportunidad para que tenga lugar lo que debió darse y no se dio



SOBRE PSICOTERAPIA

Freud, 1905. sobre psicoterapia. *La via di levare y la via di porre.*

Freud, 1912. La dinámica de la transferencia

- “En este terreno ha de ser conseguida la victoria, cuya manifestación será la curación de la neurosis”.
- “Pues a fin de cuentas nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*”.

Freud, 1914. *Recuerdo, repetición y elaboración.*



De la relación terapéutica como condición de posibilidad de la cura

A la cura a través de lo que sucede en la relación terapéutica



La psicoterapia como segunda oportunidad para que tenga lugar lo que debió darse y no se dio



Paulina

BIBLIOGRAFÍA

--Boston Change Process Study Group. (junio, 2018). El "algo más" que la interpretación revisitado: desorden y cocreatividad en el encuentro psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001025#contenido>

--Didi-Huberman, G. (1982). *Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*. (Trad. Cast. *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Madrid: Cátedra, 2007).

--Ferenczi, S. (1933). "Confusión de lengua entre los adultos y el niño". En *Obras Completas, Psicoanálisis*, tomo IV, cap. IX. Madrid: Espasa-Calpe, 1984

--Freud, S. (1897). Carta a Fliess de 21 de septiembre. En *Los orígenes del psicoanálisis*. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

--Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. Op. Cit.

--Freud, S. (1905a). *Análisis fragmentario de una histeria (caso Dora)*. Op. Cit.

--Freud, S. (1905b). *Sobre psicoterapia*. Op. Cit

--Freud, S. (1911). *Los dos principios del funcionamiento mental*. Op. Cit.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1912a). *La dinámica de la transferencia*. Op. Cit.
- Freud, S. (1912b). *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Op. Cit.
- Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. Op. Cit.
- Freud, S. (1914). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Op. Cit.
- Killingmo, B. (1989). "Conflicto y déficit: Implicaciones para la técnica". Libro Anual de Psicoanálisis, Tomo V: 112-126.
- Mitchell, SA., Black, MJ. (1995). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder, 2004.
- Winnicott, DW. (1954). Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En *Los procesos de maduración y el entorno facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós, 2002, cuarta reimpresión.
- Winnicott, DW. (1967). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1994.