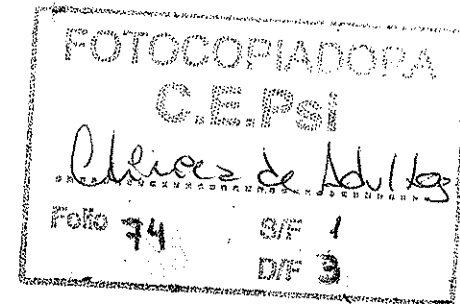


abuela, que moraba en otro lugar de la casa como un espíritu amigo, pacífico.

Ahora bien, ya lo he expresado en otro lugar:<sup>10</sup> Cuando uno ha sido el predilecto indiscutido de la madre, conservará toda la vida ese sentimiento de conquistador, esa confianza en el éxito que no pocas veces lo atraen de verdad. Goethe habría tenido derecho a iniciar su autobiografía con una observación como esta: «Mi fuerza tiene sus raíces en la relación con mi madre».

## Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918])



<sup>10</sup> [En una nota agregada en 1911 a *La interpretación de los sueños* (1900a), AE, 5, pág. 401.]



## Nota introductoria

### «Wege der psychoanalytischen Therapie»

#### *Ediciones en alemán*

- 1919 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, 5, nº 2, págs. 61-8.  
1922 *SKSN*, 5, págs. 146-58.  
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 136-47.  
1925 *GS*, 6, págs. 136-47.  
1931 *Neurosenlebre und Technik*, págs. 411-22.  
1947 *GW*, 12, págs. 183-94.  
1975 *SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), págs. 239-49.

#### *Traducciones en castellano\**

- 1930 «Los caminos de la terapia psicoanalítica». *BN* (17 vols.), 14, págs. 200-10. Traducción de Luis López-Ballesteros.  
1943 Igual título. *EA*, 14, págs. 207-17. El mismo traductor.  
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), 2, págs. 357-61. El mismo traductor.  
1953 Igual título. *SR*, 14, págs. 159-67. El mismo traductor.  
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), 2, págs. 449-53. El mismo traductor.  
1974 Igual título. *BN* (9 vols.), 7, págs. 2457-62. El mismo traductor.

Esta alocución fue leída por Freud en el 5º Congreso Psicoanalítico Internacional, celebrado en Budapest los días 28 y 29 de setiembre de 1918, poco antes de que finalizara la Primera Guerra Mundial. Fue escrita en el verano anterior,

\* (Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y n. 6.)

durante su estada en la casa de Anton von Freund en Steinbruch, un suburbio de Budapest (cf. pág. 163, n. 11).

En este trabajo, el acento principal recae en los métodos «activos» más tarde vinculados fundamentalmente con el nombre de Ferenczi. Fue el último de los escritos puramente técnicos de Freud en esa época; publicó otros dos casi veinte años después: «Análisis terminable e interminable» (1937c) y «Construcciones en el análisis» (1937d). Su alocución en el Congreso de Nuremberg, «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica» (1910d), contenía ya un preanuncio de estos métodos «activos».

James Strachey

Estimados colegas: Ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor.

Nos reencontramos hoy tras largos años de separación y de dura prueba; este reencuentro me mueve a pasar revista al estado de nuestra terapia, a la cual debemos sin duda la posición que tenemos en la sociedad de los hombres, y a observar en perspectiva las nuevas direcciones en que podría desarrollarse.

Hemos formulado nuestra tarea médica de este modo: llevar al enfermo de neurosis a tomar noticia de las mociones reprimidas, esas mociones inconcientes que subsisten en él, poniendo para ello en descubierto las resistencias que en su interior se oponen a tales ampliaciones de su saber sobre su propia persona. ¿El descubrimiento de esas resistencias garantizará también su superación? Por cierto que no siempre; pero esperamos alcanzar esa meta aprovechando la transferencia del paciente sobre la persona del médico, para que él haga suya nuestra convicción de que los procesos represivos sobrevenidos en la infancia son inadecuados al fin y de que una vida gobernada por el principio de placer es irrealizable. En otro lugar<sup>1</sup> he aclarado las constelaciones dinámicas del nuevo conflicto a través del cual guiamos al enfermo y con el cual hemos remplazado al anterior conflicto patológico. Por el momento no sabría modificar nada de lo ya dicho.

Hemos llamado psicoanálisis al trabajo por cuyo intermedio llevamos a la conciencia del enfermo lo anímico reprimido en él. ¿Por qué «análisis», que significa desintegración, descomposición, y sugiere una analogía con el trabajo que el químico emprende con las sustancias que halla en la naturaleza y lleva a su laboratorio? Porque esa analogía se da de hecho

<sup>1</sup> [Cf. «Recordar, repetir y reelaborar» (1914g) y la 27ª de las Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916-17).]

en un punto importante. Los síntomas y las exteriorizaciones patológicas del paciente son, como todas sus actividades anímicas, de naturaleza en extremo compuesta; en su fundamento último, los elementos de esa composición están constituidos por motivos, mociones pulsionales. Ahora bien, sobre estos motivos elementales el enfermo no sabe nada o su saber es muy insuficiente. Le damos a conocer entonces la composición de esas formaciones anímicas de elevada complejidad, reconducimos los síntomas a las mociones pulsionales que los motivan, pesquisamos dentro de los síntomas esos motivos pulsionales desconocidos hasta entonces para el enfermo, tal y como el químico separa la sustancia básica, el elemento químico, de la sal en que se había vuelto irreconocible por combinación con otros elementos. Y aun respecto de las exteriorizaciones anímicas del enfermo no consideradas patológicas, le mostramos que su motivación le era conciente sólo de una manera incompleta, que otros motivos pulsionales, no discernidos por él, cooperaron en ellas.

Hemos explicado el querer-alcanzar sexual de los seres humanos separándolo también en sus componentes, y cuando interpretamos un sueño procedemos a dejar de lado al sueño como un todo y hacemos que la asociación vaya anudándose a sus elementos singulares.

Y bien; esta justificada comparación de la actividad médica psicoanalítica con un trabajo químico podría sugerirnos una nueva orientación para nuestra terapia. Hemos *analizado* al enfermo, vale decir, hemos descompuesto su actividad anímica en sus ingredientes elementales, pesquisando en él esos elementos pulsionales separados y aislados. Parecería entonces natural exigirnos que lo ayudáramos también a obtener una nueva y mejor composición de ellos. Ustedes saben que, en efecto, esa exigencia ha sido planteada. Se nos dijo: Tras el análisis de la vida anímica enferma debe seguir su síntesis. Y muy pronto se añadieron el temor de excederse en el análisis y quedarse cortos en la síntesis, y el afán por situar el centro de gravedad de la intervención terapéutica en esa síntesis, una suerte de restitución de lo que la vivisección, por así decirlo, había destruido.

Pero yo, señores, no puedo creer que esa psicosis constituya en verdad una nueva tarea para nosotros. De permitirme ser sincero y descortés, diría que se trata de una frase hueca. Me limito a señalar que sólo estamos frente a una comparación que se volvió vacía al extenderse abusivamente o, si ustedes quieren, a la explotación ilícita de un nombre. Pero un nombre no es más que una etiqueta que se coloca para diferenciar algo de otras cosas parecidas; no es

un programa ni una indicación de contenidos o definición. Y dos términos comparados sólo necesitan coincidir en un punto, pudiendo distanciarse mucho en todos los demás. Lo psíquico es algo particularísimo; tanto, que ninguna comparación aislada puede reflejar su naturaleza. El trabajo psicoanalítico ofrece analogías con el análisis químico, pero también con la intervención del cirujano o del ortopedista, o con el influjo del educador. La comparación con el análisis químico encuentra su límite por el hecho de que en la vida anímica enfrentamos aspiraciones sometidas a una compulsión de unificar y reunir. Si conseguimos descomponer un síntoma, librar de cierta trama a una moción pulsional, ella no permanecerá aislada: enseguida se insertará en una nueva.<sup>2</sup>

Sucede, pues, justamente lo contrario: el enfermo de neurosis nos ofrece una vida anímica desgarrada, segmentada por resistencias, y al paso que la analizamos y eliminamos estas últimas, ella crece orgánicamente, va integrando en la gran unidad que llamamos su «yo» todas las mociones pulsionales que hasta entonces estaban escindidas de él y ligadas aparte.<sup>3</sup> Así, la psicosis se consume en el analizado sin nuestra intervención, de manera automática e inevitable. Hemos creado sus condiciones por medio de la descomposición de los síntomas y la cancelación de las resistencias. No es cierto que en el enfermo algo quede descompuesto en sus ingredientes, algo que espera, en reposo, a que lo repongamos de algún modo.

Por eso el desarrollo de nuestra terapia emprenderá sin duda otros caminos, sobre todo aquel que Ferenczi, en su trabajo «Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse» (1919c),<sup>4</sup> ha caracterizado recientemente como la «*actividad*» del analista.

Pongámonos rápidamente de acuerdo sobre lo que debe entenderse por esa actividad. Acotamos nuestra tarea terapéutica por medio de estos dos contenidos: hacer conciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias. Por cierto que en ello somos bastante activos. Pero, ¿debemos dejar luego al enfermo librado a sí mismo, que se arregle

<sup>2</sup> Después de todo, sucede algo muy similar en el curso del análisis químico. Al mismo tiempo que el químico consigue aislar ciertos elementos, se producen síntesis que no estaban en sus designios, a causa de la liberación de las afinidades electivas entre las sustancias.

<sup>3</sup> [La función sintética del yo se examina con más detenimiento en el capítulo III de *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d).]

<sup>4</sup> [Según consigna Ferenczi en ese artículo y en otro posterior (1921b), esta idea tuvo sus orígenes en una sugerencia que le hizo personalmente el propio Freud.]

solo con las resistencias que le hemos mostrado? ¿No podemos prestarle ningún otro auxilio que el que experimenta por la impulsión de la transferencia? ¿No parecería lo indicado socorrerlo también trasladándolo a la situación psíquica más favorable para la tramitación deseada del conflicto? Además, el logro del paciente depende también de cierto número de circunstancias que forman una constelación externa. ¿Vacilaríamos en modificar esta última interviniendo de la manera apropiada? Opino que esta clase de actividad en el médico que aplica tratamiento analítico es inobjetable y está enteramente justificada.

Notan ustedes que se nos abre aquí un nuevo campo para la técnica analítica, un campo cuya elaboración requerirá empeñarse a fondo y dará por resultado unos preceptos muy precisos. No intentaré introducirlos hoy en ésta técnica todavía en desarrollo, sino que me conformaré con destacar un principio que probablemente sea soberano en este campo. Postula lo siguiente: *En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación —de abstinencia—.*<sup>5</sup>

Quedará librado a un examen de detalle averiguar la medida en que sea posible respetar esto. Ahora bien, por abstinencia no debe entenderse la privación de una necesidad cualquiera —esto sería desde luego irrealizable—, ni tampoco lo que se entiende por ella en el sentido popular, a saber, la abstención del comercio sexual; se trata de algo diverso, que se relaciona más con la dinámica de la contracción de la enfermedad y el restablecimiento.

Recuerdan ustedes que el paciente enfermó a raíz de una *frustración* (*Versagung*) y que sus síntomas le prestan el servicio de unas satisfacciones sustitutivas.<sup>6</sup> En el curso del análisis pueden observar que toda mejoría de su padecer aminora el *tempo* del restablecimiento y reduce la fuerza pulsional que esfuerza hacia la curación. Ahora bien, no podemos renunciar a esta fuerza pulsional; su reducción sería peligrosa para nuestro propósito terapéutico. Entonces, ¿qué requisito se nos impone como inevitable? Por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva. Si la descomposición y desvalorización de los síntomas lo han mitigado, tenemos que erigirlo en alguna otra parte bajo la forma de

<sup>5</sup> [Este principio ya había sido enunciado por Freud en sus «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (1915a), *AE*, 12, págs. 168 y sigs.]

<sup>6</sup> [Cf. «Sobre los tipos de contracción de neurosis» (1912c), *AE*, 12, págs. 239-41.]

una privación sensible; de lo contrario corremos el riesgo de no conseguir nunca otra cosa que unas mejoras modestas y no duraderas.

Hasta donde yo lo veo, el peligro amenaza en particular desde dos lados. Por una parte, el paciente, cuya condición de enfermo ha sido conmovida por el análisis, se empeña con la mayor diligencia en procurarse en remplazo de sus síntomas nuevas satisfacciones sustitutivas, que ahora no van acompañadas de padecimiento. Se vale de la grandiosa desplazabilidad de la libido parcialmente liberada para investir con libido las más diversas actividades, preferencias y hábitos, aun los que ya tuvo antes, elevándolos a la condición de satisfacciones sustitutivas. De continuo halla tales desvíos nuevos por los que se escurre la energía necesaria para la empresa de la cura, y sabe mantenerlos en secreto durante algún tiempo. La tarea es pesquisarlos uno por uno y pedirle que renuncie a ellos, por inocente que parezca en sí misma la actividad productora de satisfacción. Empero, la persona curada a medias puede emprender también unos caminos menos inocentes; por ejemplo, en el caso de un hombre, buscando una ligazón prematura con una mujer. Señalemos de pasada que matrimonio infeliz y achaque físico son los sucedáneos más usuales de la neurosis. Satisfacen en particular la conciencia de culpa (necesidad de castigo) en virtud de la cual muchos enfermos se aferran tan tenazmente a su neurosis. Por medio de una elección matrimonial desafortunada se castigan a sí mismos; una larga enfermedad orgánica es considerada por ellos como una punición del destino, y consiguientemente suelen renunciar a proseguir la neurosis.

En todas esas situaciones, la actividad del médico debe exteriorizarse en una enérgica intervención contra las satisfacciones sustitutivas. En cuanto al segundo peligro que amenaza a la fuerza pulsional del análisis, si bien no es de subestimar, le resultará más fácil prevenirlo. El enfermo busca la satisfacción sustitutiva sobre todo en la cura misma, dentro de la relación de transferencia con el médico, y hasta puede querer resarcirse por este camino de todas las renunciaciones que se le imponen en los demás campos. Sin duda que es preciso consentirle algo, más o menos, según la naturaleza del caso y la peculiaridad del enfermo. Pero no es bueno consentirle demasiado. Quien como analista, acaso por desborde de su corazón caritativo, dispense al paciente lo que todo ser humano tiene derecho a esperar del prójimo, cometerá el mismo error económico en que incurren nuestros sanatorios no analíticos para enfermos nerviosos. Se afanan en que todo le

sea lo más grato posible al enfermo sólo a fin de que se sienta a gusto y en otra ocasión acuda a refugiarse allí de las dificultades de la vida. De ese modo renuncian a fortalecerlo para esta, a volverlo más productivo en sus genuinas tareas. En la cura analítica es preciso evitar toda malcrianza de esa índole. Al enfermo tienen que restarle muchos deseos incumplidos de su relación con el médico. Lo adecuado al fin es, justamente, denegarle {*versagen*} aquellas satisfacciones que más intensamente desea y que exterioriza con mayor urgencia.

No creo haber agotado el alcance de la actividad deseable del médico con el anterior enunciado, a saber, que en la cura es preciso mantener el estado de privación. Como ustedes recordarán, otra orientación de la actividad analítica ya fue una vez motivo de polémica entre la escuela suiza y nosotros.<sup>7</sup> Nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza. Todavía sigo manteniéndome en esa negativa; creo que este es el lugar para la discreción médica de la que debimos prescindir en otros contextos. Además, he hecho la experiencia de que el propósito terapéutico no requiere una actividad tan osada hacia el paciente. En efecto, he podido brindar tratamiento a personas con las que no me unía comunidad alguna de raza, educación, posición social ni cosmovisión, y sin perturbarlas en su peculiaridad. Sin embargo, en la época de las mencionadas polémicas tuve la impresión de que el veto de nuestros portavoces —en primera línea estuvo, creo, E. Jones—<sup>8</sup> fue demasiado tajante e incondicional. Es que por fuerza debemos aceptar también pacientes hasta tal punto desorientados e ineptos para la existencia que en su caso es preciso aunar el influjo analítico con el pedagógico; y no sólo eso: en la mayoría de los otros casos el médico se ve aquí y allí en la necesidad de presentarse como pedagogo y educador. Pero esto debe hacerse siempre con gran cautela; no se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser.

Nuestro estimado amigo J. J. Putnam, en esos Estados

<sup>7</sup> [Cf. «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914d), *AE*, 14, págs. 56 y sigs.]

<sup>8</sup> [Probable referencia al trabajo leído por Jones en el 4º Congreso Psicoanalítico Internacional, celebrado en Munich en 1913 (Jones, 1914c).]

Unidos que ahora nos son tan hostiles, deberá perdonarnos que tampoco podamos aceptar su reclamo de poner al psicoanálisis al servicio de una determinada cosmovisión filosófica e imponérsela al paciente con el fin de ennoblecerlo. Me atrevería a decir que sería un acto de violencia, por más que invoque los más nobles propósitos.<sup>9</sup>

Un último tipo de actividad, de índole por entero diversa, nos es impuesto por la intelección, que poco a poco va cobrando certidumbre, de que las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica. Sería prematuro considerar en detalle este punto, pero puedo elucidar, a raíz de dos ejemplos, la medida en que ello implica una actividad nueva. Nuestra técnica creció en el tratamiento de la histeria y sigue ajustada a esta afección. Pero ya las fobias nos obligan a sobrepasar la conducta que hemos observado hasta el presente. Difícilmente dominará una fobia quien guarde hasta que el enfermo se deje mover por el análisis a resignarla: él nunca aportará al análisis el material indispensable para la solución convincente de la fobia. Es preciso proceder de otra manera. Tomen ustedes el ejemplo de un agorafóbico; hay dos clases, una más leve y otra más grave. Los enfermos de la primera clase sin duda sufrirán angustia cada vez que anden solos por la calle, pero no por ello dejan de hacerlo; los otros se protegen de la angustia renunciando a andar solos. Con estos últimos no se obtiene éxito si no se los puede mover, mediante el influjo del análisis, a comportarse a su vez como fóbicos del primer grado, vale decir, a que anden por la calle y luchan con la angustia en ese intento. Entonces, primero hay que mitigar la fobia hasta ese punto, y sólo después de conseguido esto a instancias del médico, el enfermo dispondrá de aquellas ocurrencias que posibilitan la solución de la fobia.

Una espera pasiva parece todavía menos apropiada en los casos graves de acciones obsesivas; en efecto, estos tienden en general a un proceso de curación «asintótico», a un tratamiento interminable, y su análisis corre siempre el peligro de sacar a luz demasiado y no cambiar nada. Me parece dudoso que la técnica correcta sólo consista, en estos casos, en esperar hasta que la cura misma devenga compulsión (*Zwang*, «obsesión»), para sofocar entonces violentamen-

<sup>9</sup> [Se hallarán otros comentarios de Freud sobre las opiniones de Putnam en el prólogo que escribió para su libro *Addresses on Psycho-Analysis* (Freud, 1921a), así como en la nota necrológica que le dedicó (1919b), *infra*, pág. 264.]

te, con esta contra-compulsión, la compulsión patológica. Pero, como ustedes comprenderán, con estos dos casos no les he presentado más que unas muestras de los nuevos desarrollos que aguardan a nuestra terapia.<sup>10</sup>

Para concluir, querría considerar una situación que pertenece al futuro y a muchos de ustedes les parecerá fantástica; sin embargo, merece, a mi criterio, que uno se prepare mentalmente para ella. Ustedes saben que nuestra eficacia terapéutica no es muy grande. Sólo constituimos un puñado de personas, y cada uno de nosotros, aun con empeñosa labor, no puede consagrarse en un año más que a un corto número de enfermos. Con relación a la enorme miseria neurótica que existe en el mundo y acaso no es necesaria, lo que podemos remover es ínfimo desde el punto de vista cuantitativo. Además, las condiciones de nuestra existencia nos restringen a los estratos superiores y pudientes de nuestra sociedad, que suelen escoger sus propios médicos y en esta elección se apartan del psicoanálisis llevados por toda clase de prejuicios. Por el momento nada podemos hacer en favor de las vastas capas populares cuyo sufrimiento neurótico es enormemente más grave.

Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede perverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis, volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. Y las circunstancias del presente acaso difieran todavía más ese momento; así, es probable que sea la beneficencia pri-

<sup>10</sup> [Véase el expediente a que recurrió Freud por motivos técnicos en el análisis del «Hombre de los Lobos» (1918b), *supra*, págs. 12-3.]

vada la que inicie tales institutos. De todos modos, alguna vez ocurrirá.<sup>11</sup>

Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. No dudo de que el acierto de nuestras hipótesis psicológicas impresionará también a las personas incultas, pero nos veremos precisados a buscar para nuestras doctrinas teóricas la expresión más simple e intuitiva. Haremos probablemente la experiencia de que el pobre está todavía menos dispuesto que el rico a renunciar a su neurosis; en efecto, no lo seduce la dura vida que le espera, y la condición de enfermo le significa otro título para la asistencia social. Es posible que en muchos casos sólo consigamos resultados positivos si podemos aunar la terapia anímica con un apoyo material, al modo del emperador José.<sup>12</sup> Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa, y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido en el tratamiento de los neuróticos de guerra.<sup>13</sup> Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo.

<sup>11</sup> [Por la época en que se pronunció esta alocución, Anton von Freund planeaba fundar un instituto del tipo aquí sugerido. Véase la nota necrológica que le dedicó Freud (1920c).]

<sup>12</sup> [José II de Austria (1741-1790), sobre cuyos métodos filantrópicos poco convencionales circulaban muchas leyendas. Freud se refiere a él en términos muy semejantes en uno de los primeros trabajos suyos en que se ocupa de la técnica psicoanalítica, «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), *AE*, 12, pág. 134.]

<sup>13</sup> [El tratamiento de las neurosis de guerra fue uno de los principales temas abordados en el Congreso Psicoanalítico donde se leyó este trabajo. (Cf. *infra*, pág. 203.)]