



*Artículos y Ensayos*

---

**LA TRANSFERENCIA EN LAS PATOLOGÍAS ACTUALES  
A TRAVÉS DE FREUD, FERENCZI Y EL PSICOANÁLISIS EN BRASIL**

TÁBATA ROMANI HERNÁNDEZ

**RESUMEN**

El presente artículo es una investigación teórica sobre el concepto de Transferencia en la clínica Psicoanalítica en los casos donde no hay estructura neurótica. En esta situación nos referimos a las formaciones psíquicas como las Patologías Actuales y el Psicosis. La pregunta central de este trabajo gira alrededor de como podríamos comprender el manejo de esos pacientes a partir del vínculo transferencial entre un analista y un analizante. De hecho, se reconoce que las enseñanzas freudianas se basan primordialmente en casos que conciernen una Neurosis de Transferencia. Por lo tanto, un estudio mas profundizado apenas en situaciones

neuróticas. El texto cuestiona de qué forma podemos entender la Transferencia no-neurótica y cuál sería, entonces, el rol del analista en este enlace clínico.

**Palabras clave:** transferencia, analista, patologías actuales, clínica psicoanalítica.

**TRANSFER IN CURRENT  
PATHOLOGIES THROUGH  
FREUD, FERENCZI AND  
PSYCHOANALYSIS IN BRAZIL**

**ABSTRACT**

The present article is a theoretical investigation about the concept of Transference in Psychoanalytic clinic inside those cases where there is no neurotic structure. In this matter, we



refer to psychic formations such as Actual Pathologies and Psychosis. The aim of this paper is to understand how can we work with these patients in a transference linkage between an analyst and a patient? In fact, it is well known that Freud's teachings are primarily based in cases which includes a Transference Neurosis. Therefore, a

study about this subject had its focus only in neurotic occurrences. This text questions our comprehension about a non-neurotical Transference and also what would be the analyst's role in an analytic bond.

**Key words:** transference, analyst, actual pathologies, psychoanalytic clinic.



Desde el inicio de la historia del Psicoanálisis, al final del siglo XIX, hasta los días actuales, los teóricos-clínicos investigan la importancia del concepto de Transferencia dentro del trabajo analítico.

Esa manifestación psicoanalítica, uno de los ejes de nuestra terapéutica, fue inicialmente exposta por Sigmund Freud con sus enseñanzas sobre el manejo de los casos neuróticos que atendía.

Sin embargo, adicionalmente, es relevante hoy en día pensar en el enlace transferencial de forma a incluir una comprensión más profundizada sobre el trabajo con pacientes que presentan estructuras psíquicas distintas de la neurosis freudiana clásica.

En lo que respecta a nuestra contemporaneidad, no es equivocado sostener que suele encontrar analizantes con esas características en considerable número dentro de los consultorios psicoanalíticos y de las instituciones sociales.

Por lo tanto, una investigación sobre el vínculo de Transferencia analítica en casos de patologías actuales, no neuróticas, se hace fundamental para nuestro oficio en los días de hoy. Tal modo, tendremos la oportunidad de estudiar, en esta forma de tratamiento, la

### **Transferencia y la función del analista**

Volviéndonos un poco al contenido histórico, es notorio que Sigmund Freud nos ha ofrecido, con maestría, fundamentos norteadores del manejo del inconsciente.

Empero, sabemos que él se ha basado principalmente en sus experiencias clínicas con pacientes neuróticos entre los años 1895-1939, en el centro del continente europeo.



¿Cómo se queda, entonces, la idea de lugar del analista, en nuestros tiempos actuales?

¿Dónde se ubica?

Proponiendo la pregunta de otro modo: ¿De qué forma participa el profesional del Psicoanálisis en atendimientos de patologías actuales?

A partir de una base teórica-clínica freudiana, vamos a investigar los caminos de esas cuestiones estructurantes y sociales en la actualidad.

Igualmente, haremos un recorrido por las enseñanzas, más allá de Freud, de dos relevantes psicoanalistas: Sándor Ferenczi, el *infant terrible* que trabajaba con los llamados casos difíciles, y el psicoanalista brasileño Luis Cláudio Figueiredo con su noción de matrices para disponer la teoría y la clínica.

### **El concepto de Transferencia en Freud**

Uno de los instrumentos fundamentales del Psicoanálisis y también, por consiguiente, de extrema importancia a la función del analista, es el concepto de Transferencia en el enlace mantenido por analista y analizante.

Freud, siendo así, arranca con su pesquisa sobre el tema utilizándose de su propia vivencia clínica y, con eso, es correcto decir que él mismo experimenta el fenómeno transferencial con sus pacientes antes de teorizarlo.

Tal como se observó, el proceso de cura atraviesa el vínculo creado por los participantes del análisis. Valiéndose de la Transferencia, el paciente desliza su realidad psíquica desde su inconsciente hasta la figura del médico.



A esta situación la llamamos de Neurosis de Transferencia. Con ella, es posible traer al consciente parte del contenido inconsciente del sujeto, repitiendo y dialogando con rasgos mnemicos de objetos internos del paciente hacia el mundo externo (analista).

Tal como se ha visto, en el último capítulo de *Estudios sobre la histeria, Sobre la psicoterapia de la histeria* (1895), Freud plantea que toda la reivindicación respecto de la persona del médico es una transferencia.

En esta misma obra, Freud, en colaboración con el doctor Josef Breuer, empieza a investigar el fenómeno transferencial dentro del caso Ana O.. A partir de estos puntos, el concepto de Transferencia va a consolidarse y convertirse en una de las ideas fundamentales del Psicoanálisis.

En efecto, la Transferencia cambia de significado e importancia ya en los escritos de Freud. Transformase de fenómeno clínico a herramienta de trabajo analítico, de obstáculo en las sesiones a motor propulsor del manejo.

Como observamos en el texto *La dinámica de la transferencia*, de 1915, ese concepto es aclarado como una fuerza dinámica en la clínica que puede ser distinguida en dos formas: la positiva y la negativa. La positiva se caracteriza por mociones amigables y afectuosas hacia el analista. La negativa como el conjunto de emociones hostiles del paciente.

Tal como se observan, el concepto de Transferencia sufre modificaciones con el paso del tiempo. Transita entre las definiciones de algo que obstaculiza el análisis, “la más



fuerte resistencia al tratamiento” (Freud, 1915, p. 99), y de un importante instrumento que posibilita la cura.

Nos ofrece Freud la idea de que una condición transferencial posee un efecto de resistencia al análisis cuando negativa o positiva formada por mociones eróticas positivas. Puesto que, al revés, la Transferencia positiva de “un vínculo de apego tierno” (Freud, 1915, p. 102) sería benéfica al trabajo psicoanalítico.

Siguiendo por la misma obra, Freud ya comienza a alertar a los analistas sobre las dificultades de manejar ese movimiento en la clínica:

Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*.  
(Freud, 1915, p.105)

En igual forma, además de las funciones de obstáculo/motor, la Transferencia era considerada una fuente de preocupación para Freud incluso en razón del vínculo clínico ser vía una posible vía de enamoramiento real entre los sujetos el Psicoanálisis.

Puesto que los casos de atracción amorosa entre analistas y pacientes empezaron a suceder en considerable cantidad, Freud, preocupado con el malogro de trabajo analítico, escribe los conocidos textos técnicos, así articulados por James Strachey.



De esa forma, las normas específicas, encontradas en el volumen XII de las Obras Completas de Freud (Ed. Amorrortu), surgieron en forma de consejos a los psicoanalistas actuantes.

El autor nos trae allí recomendaciones sobre los límites de la clínica. Debemos evitar o controlar algunas actitudes que puedan interferir perjudicialmente en el manejo psicoanalítico.

Entre los planteamientos hechos por Freud, él nos presenta los conceptos de Neutralidad y el Principio de la Abstinencia. Ellos solicitan, por parte del analista, un alejamiento de sus emociones y juicios personales en el tratamiento. La regla consiste en mantenerse en el dominio de lo que Freud llama de Contratransferencia, el punto contrario a las libres asociaciones del paciente.

Se propone, entonces, una frialdad del analista en relación al contenido expreso en análisis, tomando “por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte.” (Freud, 1912, p. 114)

Ahora bien, tenemos en los textos técnicos freudianos el motivo de un analista insistir en un alejamiento emocional: las demandas de amor hechas por la paciente (así lo escribe, en el femenino) necesitan quedarse sin satisfacción.

Eso pues el deseo perteneciente al analizante debe ser traído del inconsciente hasta en consciente, ser comprendido en su historia. La demanda vuelta a la figura del analista



apenas está deslocado allí. Si la relación analítica responde acogiendo a esa solicitud de amor, resulta fracasado el análisis.

El paciente no más recorrerá los laburosos caminos hacia el inconsciente por tener la falsa sensación de mejora. En el texto *Puntuaciones sobre el amor de transferencia*, Freud sostiene:

Si su cortejo de amor fuera correspondido, sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura. Ella habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: actuar, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico. (Freud, 1915, p. 169).

### **Freud y el lugar del analista en la Transferencia**

En este propósito, las obras freudianas mantienen una definición abierta sobre el concepto del lugar del analista. Poco especifica Freud en referencia a las posibilidades de actuación subjetiva por parte del profesional.

La mayoría de sus textos técnicos presenta consejos de lo que no se debe hacer, tratando de preservarse de una apertura a la discusión sobre la individualidad del analista, cada uno con su historia y manejo en su oficio.

Está claro que su opinión personal y juicios necesitan quedarse fuera del análisis, hasta porque el analista debe comprender y controlar su Contratransferencia para no interferir en el proceso terapéutico del sujeto que busca su ayuda.





No obstante, un psicoanalista posee las mismas características que ese o aquella profesional. Tenemos inconscientes y formas distintas de actuar en la vida. Algo de eso, obviamente no todo, pero algo, es transmitido al otro. Mismo que intentemos al máximo no hacerlo. Hay algo subjetivo y personal en cada atendimento.

En relación a este último, el propio Freud reconoce la existencia de algo particular, aunque no lo argumente con tanta amplitud. Una lectura al primer párrafo de *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* nos permite ejemplificar ese hecho:

He decantado las reglas técnicas que propongo aquí de mi experiencia de años, tras desistir, por propio escarmiento, de otros caminos. Con facilidad se echará de ver que todas ellas, o al menos buen número, se resumen en un solo precepto. [Cf. pág. 115.] Espero que tomarlas en cuenta ahorre muchos gastos inútiles a los médicos que practican el análisis, y los salve de incurrir en muchas omisiones. Pero estoy obligado a decir expresamente que esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar. (Freud, 1912, p.111).

Respecto al enfoque freudiano sobre el analista, vemos en sus enseñanzas recomendaciones en formato de advertencias de un padre preocupado, puesto que la su



teoría aún no crea un gran espacio para una discusión acerca de la personalidad médica en la Transferencia.

Más allá de ello, es importante comprender que Freud se ubica en esta posición explícita y propositadamente. En un intercambio de cartas, confiere a su amigo y compañero de Psicanálisis, Sándor Ferenczi, un lugar en la teoría analítica de lo que sería el contrapunto de sus consejos.

Así lo tenemos en ese registro de las palabras de Freud a Ferenczi, aquél siendo ocultado como el autor original del mensaje:

Me parece excelente – me replicó – ‘La Elasticidad’ como título y debería aplicarse más ampliamente, ya que las recomendaciones técnicas de Freud eran esencialmente de carácter negativo. Freud consideraba como su tarea más importante el insistir en lo que no se debe hacer, lanzar un llamado de atención acerca de las tentaciones y los peligros que se encuentran a lo largo de la senda del análisis, dejando todas las cosas positivas, las que sí se debe hacer, a cargo de lo que usted ha llamado ‘tacto’. El resultado fue que los analistas demasiado dóciles no advirtieron que es necesaria cierta elasticidad y se sometieron a las reglas ‘negativas’ de Freud como si se trata de tabús. Es esta situación la que requiere una revisión, sin alterar, por supuesto, las reglas expuestas por Freud. (Ferenczi, p. 87, 1928).

### **La clínica psicoanalítica de Ferenczi y los pacientes “difíciles”**



El médico húngaro, Ferenczi, es uno de los pioneros en la formación teórico-clínica del Psicoanálisis juntamente con Freud, participando también de la nombrada Sociedad Psicológica de los Miércoles.

Permanecen grandes amigos y interlocutores hasta la muerte de Ferenczi, en 1933, a pesar de poseer una visión distinta sobre la propia pesquisa clínica. Los dos analistas sostienen posiciones un poco alejadas en sus escritas sobre el manejo y sobre el lugar del analista en el trabajo terapéutico.

El primero se centra en el tratamiento de pacientes neuróticos, planteando una dificultad casi imposible de trabajo, dentro de la clínica psicoanalítica, con casos de psicosis (a pesar de explicitar la posibilidad de que en el futuro los analistas consigan traer alteraciones significantes para el tema, como afirma en Recordar, repetir y reelaborar).

Por su parte, el segundo forma una clínica que atiende también los casos denominados por él de *difíciles*. Serían los analizantes estructurados mayoritariamente por una no-neurosis, las llamadas patologías actuales.

Las estructuras o fenómenos considerados dentro de este concepto son los cuadros que presentan características sintomáticas como las patologías narcisistas, los trastornos alimentares, las personalidades borderline, las adicciones, las depresiones y las organizaciones psicosomáticas.

Como se ha visto, ellas son posiciones psíquicas distintas de una configuración neurótica clásica atendida y descrita por Freud. No obstante, suele encontrarlas en los consultorios y instituciones.



Ferenczi, entonces, amplia el rol del analista en el intento de crear un ambiente posible para esos casos y adaptarse, hasta cierto punto, a las especificidades de cada paciente. Serían análisis en que la regresión necesita de cuidados diferentes del analista, algo más allá de una Neutralidad.

Segundo el planteamiento de Ferenczi, el principio de la abstinencia, un concepto que desaconseja el analista a responder a las demandas del paciente, posee fundamento específicamente en casos neuróticos. En ellos, las solicitudes que surgen son de amor a partir del deseo libidinal del individuo.

Freud ha afirmado, acertadamente, que mantener algún punto de frustración y sufrimiento posibilita que el análisis siga adelante. Ferenczi está de acuerdo, pero sostiene que los analizantes presentan, más allá de los deseos neuróticos, también sus necesidades básicas.

Él afirma que, en esos casos, cuando sus anhelos fundamentales son rechazados y no comprendidos por el profesional, ocurre un peligro grande de actualizar el trauma en el sujeto.

Encontramos tal cuestión planteada por Sándor Ferenczi en el texto *La confusión de lenguajes entre los adultos y el niño*, de 1933: “Si conservamos nuestra actitud fría y pedagógica incluso frente a un paciente opistotónico, lo que hacemos no es otra cosa que hacer trizas el último hilo que nos une a él” (p. 143).

Y así continua más adelante, en la misma página de la obra:



Debo recordar a ustedes que los pacientes no reaccionan a las frases teatrales sino a una simpatía realmente sincera. Si reconocen la verdad por la entonación y la calidad de nuestra voz, o por nuestras palabras, es cosa que no puedo decir. En todo caso ponen de manifiesto un conocimiento notable, casi clarividente, de los pensamientos y emociones que anidan en la mente del analista. El engañar a un paciente en este sentido parece cosa más bien imposible, y cuando alguien trata de hacerlo, ello sólo puede conducir a malas consecuencias. (Ferenczi, 1933, p. 143)

En atención a eso, notamos acá una semejanza distinta entre los dos psicoanalistas de la primera generación: mientras que Freud nos enseña claramente la importancia de recordar y repetir para reelaborar, Ferenczi sostiene como la repetición de algo del pasado puede ser insoportablemente traumatogénica.

Ambos permanecen obviamente correctos. Pues en el primer caso tenemos una estructura neurótica en marcha y en el segundo una estructura no-neurótica. En esa situación estamos delante de un trauma primario muy violento para el sujeto con un Yo que no pudo integrarse totalmente.

Ferenczi crea también la idea de Hipocrisia Profesional. En síntesis, sería cuando los analistas forjan un escenario de acogimiento y seguridad, todavía mantienen una distancia demasíadamente fría en el análisis.



Intentar ocultar del analizante nuestras dificultades como analistas, según Ferenczi, sería un equivoco. Eso porque él o ella lograría a descubrir la mentira muy facilmente. El paciente no sólo proyecta al profesional el contenido psíquico del pasado, acaso experimente más que eso por percibir también el otro.

En tal sentido, la salida para el analista es la de desplegar una capacidad de actuar como “una banda elástica”. Él o ella “debe ceder a las ‘tracciones’ del paciente, pero sin dejar de traccionar en su propia dirección, hasta que una de las posiciones, cualquiera de las dos, se manifieste como evidentemente insostenible”. (Ferenczi, 1928, p. 83).

En otras palabras, la mente del analista se mantiene oscilando siempre entre “la empatía, la autoobservación y la tarea de formular juicios” (Ferenczi, 1928, p. 84). Hay que existir constantemente la percepción de su inconsciente sobre el material del paciente, comprender lo que se pasa allí, sin jamás perder la crítica sobre sus rasgos subjetivos.

A partir de esos planteamientos, Ferenczi propone una segunda regla fundamental del Psicoanálisis. Juntamente con la regla de la asociación libre (por parte del analizante), el analista necesitaría entonces estar suficientemente analizado.

Al psicoanalista se exige mantener siempre el trabajo personal de una higiene psíquica que lo permita actuar por el campo del inconsciente (tanto del otro como el suyo) de modo sano.

Sin embargo, la Neutralidad en su totalidad funciona solamente cuando existe la neurosis de transferencia en su máxima potencia. Pacientes psicóticos o aquellos dentro de



las neurosis actuales nos demandan, por veces, algo distinto. Y, para un buen desarrollo del tratamiento el campo de confianza y de sinceridad debe ser más explícito y cuidadoso.

### **El Psicoanálisis de las patologías actuales en Brasil**

La transmisión y el ejercicio del Psicoanálisis en Brasil sigue abriendo espacio a un pensamiento teórico y clínico de autores y autoras con bases fundamentada tanto en el Psicoanálisis clásico como también en Ferenczi y sus sucesores.

A cada día, las enseñanzas referentes a atendimientos de casos con estructuras o con rasgos distintos de los neuróticos ganan fuerza en jornadas, tesis sobre el tema, pesquisas y debates entre analistas.

Un país de tamaño continental abarca la viabilidad de investigar la clínica psicoanalítica a través de muchas escuelas. Es posible encontrar psicoanalistas que poseen orígenes de aprendizaje diferentes entre sí.

Explicar lo que serían las patologías actuales y como manejarlas en la clínica es una discusión amplia y rica. La forma de tratarlas empieza por comprender de qué teoría vamos a utilizar en nuestro estudio originalmente. Los planteamientos de Lacan sobre las manifestaciones psíquicas, el trauma, los mecanismos de defensa nos dirigen a un punto distinto de Klein, que será distinto de Ferenczi, y así seguimos.

Todos ellos son importantes para el Psicoanálisis. Todavía entender desde donde partimos en la clínica en relación a la teoría nos ayuda, juntamente con la capacidad de



comprender nuestra individualidad como analistas, a desarrollar una competencia profesional cada vez más potente.

Recientemente un profesor y psicoanalista brasileño ha traído una teoría interesante sobre la formación teórica del Psicoanálisis. Eso tal vez nos ayude a aclarar porque, entre nosotros analistas, no hay un acuerdo total sobre las enseñanzas psicoanalíticas, pero sin que haya un distanciamiento grande de la esencia teórica planteada por Freud.

Luis Claudio Figueiredo es profesor jubilado de la Universidad de San Pablo, Brasil, y autor de varios libros. Su pesquisa académica abarca diversos autores y escuelas psicoanalíticas. Recién publicó un libro, resultado de muchos años de estudio, con otro profesor y psicoanalista brasileño, Nelson E. Coelho Júnior, llamado *Enfermidades psíquicas y estrategias de cura: matrices y modelos en Psicoanálisis* (2018, Ed. Blucher).<sup>1</sup>

En esa obra, investigan sobre las formas de enfermedades psíquicas y su percepción en el Psicoanálisis. Lo hacen buscando todas las teorías y posiciones en la área para, posteriormente, crearen la idea de dos tipos distintos de matrices en el pensamiento psicoanalítico.

Sin que las matrices invaliden una a otra, los profesores separaron los conceptos psicoanalíticos planteados por renombrados analistas en dos estructuras teóricas originales para entender las patologías y su tratamiento, bien como manejo clínico.

Podemos, así, separarlas en una matriz freudiana, con Klein y Lacan, y una otra matriz llamada ferencziana, con Balint y Winnicott. A partir de ahí todos los psicoanalistas teóricos tendrían a seguir un poco más una o otra base conceptual.

---

<sup>1</sup> Título original: Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise.





Los autores adoptan las líneas de pensamiento de Freud y de Ferenczi para sostener las posibles ramificaciones que hoy vemos en nuestra área, apoyándose en textos importantes de los dos pioneros del Psicoanálisis.

La obra *Inibicion, síntoma y angustía* (1926) es investigada como fuente por ellos para exponer los planteamientos de Freud sobre los mecanismos psíquicos y las formas de patología que presenciaba en la clínica. Mientras tanto, se basan en los últimos textos de Ferenczi, principalmente su *Diario Clínico* (1927) con la finalidad de aclarar el modo de concebir las patologías, los traumas y las angustias.

A los efectos de eso, encontramos algunas relevantes distinciones en las dos matrices. Una de ellas sería la centralización de la matriz freudo-kleiniana en la angustia y en las formas activas de defensa psíquica de las enfermedades.

El trabajo del analista, aquí, es lo de desactivar las defensas que gastan más energía de lo normal, conteniendo, representando y ayudando al paciente a simbolizarlas. Por esa razón, tenemos acá una prioridad en la clínica: la interpretación.

En este caso, el analizante trae un material psíquico que transborda, con actitudes defensivas inagotables, repitiéndolas y resistiendo al análisis casi por no querer perderlas, por no saber alejarse de ellas y vivir sin esas neurosis. Por lo tanto, surgieron los conceptos de asociación libre, la regla fundamental del análisis clásico, de la actividad interpretativa del analista.



Como nos ofrecen los autores en su libro, la idea de “angustia es central, siendo que, nos conviene recordar, la angustia es la respuesta de o que está vivo cuando uno se siente amenazado de muerte”. (2018, p.33)

La relación analítica, que después será también cuestionada por Lacan, es principalmente una vía de una sola mano, donde el paciente expone sus angustias libremente y el analista auxilia su contacto con su propio inconsciente. En la matriz llamada freudo-kleiniana, el fundamento clínico parte de una mirada intrapsíquica.

Empero, la perspectiva ferencziana sigue otro camino en este punto. Jamás negando las enseñanzas de Freud y de todos en esta matriz, Ferenczi y sus sucesores incluyen el escenario de los traumatismos precoces. El concepto de agonía es presentado en el lugar de la angustia.

Puesto que la angustia es un fenómeno de vida, llena de mociones y afectos, que causa sufrimiento neurótico, la agonía es un fenómeno de muerte, una muerte anticipada, un estado de suspensión de vida, como nos propone Ferenczi.

En esta matriz, el sufrimiento también posee modalidades diferentes, donde el dolor excede las capacidades activas y vivientes del psiquismo, manteniéndolo en una inercia, en esta situación mortífera. Hablamos aquí de transacciones más allá de defensas psíquicas, exactamente por la psique no lograr defenderse. Quizás podríamos tratarlas de defensas pasivas, como un clivaje, por ejemplo. Pero todo es muy precario.

En estos casos, el trabajo del analista es distinto. Su manejo sigue en la dirección de revitalizar, reconstruir (o construir, supuesto que no había nada estructurado antes). No



cabe apenas interpretar sino crear junto un psiquismo. Acá la participación del analista es como función de ambiente estructurante al paciente.

De eso se desprende que existe formas distintas de cuidado dentro de la clínica psicoanalítica. El analista es una variedad de analistas, dependiendo de la formación psíquica del analizante. Una histérica leviana debe ser manejada clínicamente de un modo diferente de un drogadicto o de un borderline, un psicótico. Su organización interna y sus posibilidades de integración psíquica son lejanas.

En tal sentido, se hace necesario ampliar la discusión teórica-clínica para que los analistas estén preparados para las cuestiones actuales. Nos utilizaremos de las enseñanzas de las dos matrices con la finalidad de estar capacitados para atender tanto los casos clásicos freudianos como los casos difíciles de Ferenczi, en las diversas patologías que se presentan hoy.



## Referencias Bibliográficas

- Ferenczi, S. (1966). La elasticidad de la técnica Psicoanalítica. En S. Ferenczi, Problemas y métodos del Psicoanálisis. (Mario Carlisky, trad., 1ª ed., pp. 77-88). Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original publicado en 1928)
- Ferenczi, S. (1966). La confusión de lenguaje entre los adultos y el niño. En S. Ferenczi, Problemas y métodos del Psicoanálisis. (Mario Carlisky, trad., 1ª ed., pp. 139-149). Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original publicado en 1933)
- Figueiredo, L. C. Y Coelho jr, N. E. (2018). Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise. San Pablo: Ed. Blucher.
- Freud, S. (1976). Estudios sobre la histeria, En J. Strachey (Ed.) y J.L Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Sigmund Freud Obras completas* (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1976). La dinámica de la transferencia, En J. Strachey (Ed.) y J.L Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Sigmund Freud Obras completas* (Vol. 12, pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1976). Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico, En J. Strachey (Ed.) y J.L Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Sigmund Freud Obras completas* (Vol. 12, pp. 107-120). Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original publicado en 1912).



**Revista Borromeo N° 9 – Noviembre 2018**

<http://borromeo.kennedy.edu.ar>

[revistaborromeo@kennedy.edu.ar](mailto:revistaborromeo@kennedy.edu.ar)

ISSN 1852-5704