

**ORPHA, FUNCIONES ÓRFICAS Y EL ANALISTA ÓRFICO:
LA “REGRESIÓN A LA DEPENDENCIA” DE WINNICOTT
EN EL LENGUAJE DE FERENCZI (*)**

Hayuta Gurevich¹

RESUMEN

El trauma en el desarrollo precoz está grabado en la psique como fragmentación y disociación de supervivencia. Los pacientes traumatizados necesitan que el analista se involucre activamente y permitan la regresión a la dependencia para fortalecer, crear y construir su funcionamiento y estructura psíquica, de modo que los fallos ambientales sean contenidos y no rompan la continuidad del ser. Sugiero que las ideas de Ferenczi y Winnicott sobre la regresión a la dependencia en el análisis son contribuciones fundamentales en estas búsquedas, y que Ferenczi fundó las bases, que Winnicott exploró y desarrolló más a fondo. Me gustaría centrarme en sus teorías clínicas del tratamiento del trauma en el desarrollo temprano de la psique, describiéndolo en el lenguaje menos conocido de Ferenczi, reviviendo su concepto de Orpha y sus funciones. Las complementariedades de los dos enfoques pueden enriquecer y ampliar nuestra comprensión de las complicaciones clínicas que surgen en el análisis de dichos estados.

PALABRAS CLAVE: trauma temprano; disociación; regresión a la dependencia; Orpha; Funciones órficas.

SUMMARY

Early developmental trauma is imprinted in the psyche by survival fragmentation and dissociation. Traumatized patients need the analyst to be actively involved and allow for regression to dependence in order to strengthen, create and construct their psychic functioning and structure so that environmental failures will be contained and not rupture continuity of being. I suggest that Ferenczi's and Winnicott's ideas about regression to dependence in analysis are fundamental contributions to these quests, and that Ferenczi set the foundation, which Winnicott further explored and developed. I would like to focus on their clinical theory of treating early developmental trauma of the psyche, describing it in the less known language of Ferenczi, reviving his concept of Orpha and its functions. The complementarities of the two approaches can enrich and broaden our understanding of the clinical complications that arise in the analysis of such states.

KEY WORDS: early trauma; dissociation; regression to dependence; Orpha; Orphic Functions

A los psicoanalistas contemporáneos se les presentan cada vez más pacientes cuyas dificultades y nivel de funcionamiento psíquico están más allá de la neurosis. En estos casos, la revelación -de organizados, pero ocultos, conflictos, fantasías, deseos y formaciones de compromiso- no es curativa. Más bien, estos pacientes necesitan que el analista activamente fortalezca o cree y construya su funcionamiento y estructura psíquica.

Sugiero, en este artículo, que las ideas de Ferenczi y Winnicott sobre la regresión a la dependencia en el análisis son contribuciones fundamentales en estas búsquedas, y que Ferenczi sentó las bases, que Winnicott (entre otros, a quienes no me referiré en este artículo) exploró y desarrolló mucho más.

Sandor Ferenczi (1873-1933) antecedió a D. W. Winnicott (1896-1976). El notable parecido entre el trabajo de los dos ha sido reconocido por el propio Winnicott. Winnicott mencionó a Ferenczi solo unas pocas veces, pero afirmó que “yo nunca sé cuánto he obtenido de mirar a Ferenczi”, presumiblemente, porque

sus pensamientos eran muy similares (Winnicott, Shepherd & Davis, 1989, p. 579). Esto fue corroborado por Renata Gaddini, quien recordó, mientras visitaba la Sociedad Psicoanalítica Israelí hace años, que Winnicott dijo que no quería leer a Ferenczi porque no sabía que era propio de él y que era de Ferenczi².

En el presente artículo, me gustaría centrarme en la teoría clínica del tratamiento del trauma del desarrollo precoz de la psique y describirlo en el lenguaje menos conocido de Ferenczi. Las complementariedades de los dos enfoques pueden enriquecer y ampliar nuestra comprensión de las complicaciones clínicas que surgen en el análisis de dichos estados.

Lo primero y más importante, es que estas elaboraciones clínicas se desarrollan directamente de la teoría de la psicopatología precoz. Tanto Ferenczi como Winnicott subrayan el prerequisite crucial de la adaptación del entorno al desarrollo del self, y ambos consideran, como un axioma, la dependencia de la psique del medio ambiente en las etapas iniciales, esto es, consideran el impacto del ambiente en la psique como el principal factor de la psicopatología temprana (Ferenczi, 1927, 1933; Winnicott, 1962, 1960).

Ferenczi no diferencia explícitamente el trauma precoz en diferentes y separados tipos, sino que, me parece, lo considera como un continuo con variaciones en la extensión y medios de supervivencia (volveré más adelante a su teoría).

Winnicott, en sus propias clasificaciones (1959, 1956), amplía estos procesos y diferencia entre tres grupos, cada uno de los cuales requiere un nivel diferente de regresión en el análisis. El nivel depende del desarrollo de la independencia del yo y en qué medida se ha visto afectado, lo que en consecuencia plantea un continuo que mide la intensidad de la ansiedad de destrucción.

El primer grupo es el de los pacientes neuróticos que pueden describirse como habiendo alcanzado una cierta etapa de desarrollo emocional (es decir, independencia) que les permitiría tener una experiencia de sí mismo y representaciones simbólicas, y organizar sus defensas del yo. Con estos pacientes, el analista puede realizar un psicoanálisis clásico basado en la interpretación.

El segundo grupo incluye pacientes que pueden experimentar deprivación, ya que han alcanzado un nivel de dependencia relativa, y experimentan deficiencia ambiental como tal “en el momento de la deprivación” (Winnicott, 1959, p. 134), por lo que la deprivación puede ser percibido como traumática”. “La patología se encuentra principalmente en el medio ambiente y sólo secundariamente en la reacción del niño” (p.135). La reacción a una falla externa es por medio de una distorsión intrapsíquica de la fragmentación en Verdaderos y Falsos *Selves* en orden a mantener el vínculo crucial con un otro. En los fracasos excesivos, el verdadero self se disocia³ en la medida en que se deterioran el sentido de ser y el sentido de lo real. El miedo al colapso compulsivamente repite esta disociada fragmentación para poder defenderse de la insoportable ansiedad de destrucción.

El tercer grupo, el más deteriorado, se refiere a pacientes psicóticos (en términos de Winnicott): para estos pacientes, “la privación emocional ocurre en la etapa previa a aquella en la cual el individuo puede percibir una deprivación” (Winnicott, 1959, p. 133), porque ellos aún no han alcanzado un estado de unidad y no pueden diferenciar entre “yo” y “no-yo”, y aún no han desarrollado sus defensas. Los estados del self nunca han sido experimentados o somáticamente “catalogados” (Winnicott, 1949, p. 247) y “no vividos” (Ogden, 2014) por la mente que asume las funciones maternas ausentes (Winnicott, 1949). Un falso self tiene que establecerse demasiado pronto. La continuidad del ser se rompe y se desintegra, existe ansiedad de destrucción, un miedo caótico al colapso se infiltra en toda sensación de ser, e insoportables agonías primitivas acosan al self. Estos se sienten exánimes (igual que Ferenczi, 1929), temiendo la desintegración y la destrucción. Esta catastrófica ruptura es una reacción instantánea de desintegración (y fragmentación), que defiende contra el miedo a una ruptura recurrente, y conlleva la ausencia de cualquier materialización de las tendencias y potenciales auténticos del self: “un congelamiento de la situación de fracaso” (Winnicott, 1954, p. 281⁴) ocurre, esperando un nuevo ambiente en el cual a ellos les sea posible estar vivos.

Para los dos grupos “no neuróticos”, el trauma intrapsíquico de la ruptura sigue siendo el núcleo alrededor del cual ocurre el mayor desarrollo psíquico que determina grados de Falso Self. El self “no viviente” y las partes fragmentadas y disociadas se convierten en una “estructura” intrapsíquica que protege contra

el “miedo al colapso”, pero también refuerza y retiene esta estructura de supervivencia y adaptación de la psique. El funcionamiento traumático psíquico precoz difiere de las reglas mentales que gobiernan la psique más desarrollada. Se rige por un principio que se encuentra “más allá del principio del placer” (Freud, 1920): el de la compulsión a la repetición, y no es accesible a la interpretación, puesto que no hay representaciones (Roussillon, 2011).

Winnicott (1959) afirma que

sólo el verdadero self puede sentirse real.... Cuando el falso self es explotado y tratado como real, hay una creciente sensación en el individuo de futilidad y desesperación ... sólo se puede analizar el verdadero self. El psicoanálisis del falso self, es un análisis que se dirige a lo que no es más que un entorno interiorizado, solo puede conducir a la decepción. Puede haber un aparente éxito inicial ... es necesario que el análisis proporcione condiciones que permitan al paciente transferir al analista la carga del entorno internalizado y poder convertirse en un niño muy dependiente pero real e inmaduro. Entonces, y sólo entonces, el analista puede analizar el verdadero self (Winnicott, 1959, pp. 133-134).

Ferenczi (1928) igualmente señala que

... es el asunto de un verdadero análisis de carácter eliminar, al menos temporalmente, cualquier tipo de superyó, incluido el del analista. El paciente debe terminar por deshacerse de cualquier apego emocional que sea independiente de su propia razón y de sus propias tendencias libidinales. Solo una disolución completa del superyó puede producir un cambio radical. Un éxito que consiste en la sustitución de un superyó por otro debe considerarse como un éxito de la transferencia; ellos no fracasarán en lograr luego el objetivo final de la terapia, la disolución de la transferencia (Ferenczi, 1928, p. 98).

Así como el trauma psíquico se origina en el ambiente, la participación concreta y real del otro es crucial para revivir los estados potenciales del self y las partes disociadas. Ambos enfatizan que el otro real, el analista, está involucrado y “vive a través” (una forma experiencial de “elaboración”) las experiencias traumáticas con el paciente. Estos supuestos básicos de la psicopatología temprana destacan el “origen exógeno ... y enfatizan superlativamente los factores traumáticos en la patogenia de la neurosis que habían sido injustamente descuidados en los últimos años” (Ferenczi, 1933, p. 156), tanto en la teoría como en la praxis analítica. Las palabras de Ferenczi son tan relevantes hoy como lo fueron entonces.

REGRESIÓN A LA DEPENDENCIA

Considerando las fallas de medio ambiente en el origen de la ansiedad de destrucción y de la disrupción en la continuidad de ser en la etapa de dependencia, Winnicott asume que en el análisis el analista debe proporcionar un entorno seguro que abra el camino para regresar a la dependencia y debe trabajar a través de las fallas originales del pasado tal como ellas se repiten en la actual relación analítica. Estas implicaciones clínicas refieren a la comprensión de que la función crucial del analista es servir como un ambiente concreto en medio del cual el impacto interno de la falla precoz se puede contener y, por lo tanto, cambiar. Retornar en el presente inmediato, la experiencia de seguridad y certeza que precedió a la falla, es un requisito previo para adquirir la capacidad de contener lo que hasta entonces había sido impensable. Los fracasos reales del analista son curativos si están “en el camino del paciente” (Winnicott, 1963, p. 258) y si son reconocidos por el analista. Así, el analista permite un nuevo desarrollo del self. Es fundamental para el paciente vivir y experimentar el miedo al colapso en el presente con un otro que se adapta y trata estas catástrofes mentales de manera empática. Esto cambia, en retrospectiva, el impacto sobre el self a “una experiencia renovada en la que la situación de fracaso podrá descongelarse y volver a experimentarse” (Winnicott, 1954, p. 281).

Cada paciente tiene su propio ritmo y proceso y el analista debe adaptarse a ellos, de modo que “ciertos aspectos del ambiente que fallaron originalmente puedan ser revividos, con el ambiente esta vez triunfando en lugar de fracasar en su función de facilitar la tendencia heredada en el individuo para desarrollarse y madurar” (Winnicott, 1959, p. 128). Esto, no significa que sea “una simple reversión del progreso” (Winnicott, 1954, p. 281), sino más bien un proceso que gradualmente se desarrolla en el paciente, trabajando en el presente a través de las fallas ambientales.

El análisis reproduce las primeras y más tempranas técnicas de maternidad “suficientemente buenas” que se adaptan a las necesidades del paciente (Winnicott, 1964). La esperanza por revivir las partes disociadas y experimentar el Verdadero Self crecen, y finalmente el Falso Self es cedido al analista. Este es un momento de gran dependencia y verdadero riesgo, y el paciente se encuentra naturalmente en un estado de profunda regresión. Esto también es muy doloroso porque el paciente ahora es consciente de los riesgos que ello conlleva, mientras que el bebé en la situación original no lo sabía. En algunos casos, la personalidad está tan involucrada que el paciente debe recibir atención en esta etapa. Una característica de la transferencia en esta etapa es la forma en que debemos permitir que el pasado del paciente sea el presente: el presente se remonta al pasado, y es el pasado.

Lo que sigue es el proceso de desarrollar una habilidad por parte del paciente para usar los limitados éxitos del analista en adaptarse a él, de modo que el yo del paciente sea capaz de comenzar a experimentar las fallas originales, todas las cuales serán recordadas y conservadas. Estas fallas tuvieron un efecto disruptivo en su momento, y ahora el paciente puede sentirlas y estar enojado en respuesta a ellas. Desde esta nueva postura de fortaleza yoica, la ira, relativa a la temprana falla ambiental se puede sentir y expresar en el presente, permitiéndole al paciente progresar hacia la independencia (Winnicott, 1954, pp. 289-290).

Ser capaz de enfadarse por los fallos del analista significa que el paciente hace uso de ellos y de que el paciente no se está deteriorando o resistiendo. Esto no es un intento de ofrecer una adaptación perfecta; sino más bien, de expandir la capacidad del paciente para experimentar las fallas en lugar de ser destruido por ellas. “El analista necesita poder hacer uso de sus fallas en términos de su significado para el paciente y, si es posible, debe dar cuenta de cada falla, incluso si esto significa un estudio de su contratransferencia inconsciente” (Winnicott, 1956), p.387). Es necesario que el analista busque sus propios errores cada vez que aparecen “resistencias”.

Si el analista se defiende en este punto, el paciente pierde la oportunidad de estar enojado por una falla pasada justo donde la ira se hizo posible por primera vez. Aquí hay un gran contraste entre este trabajo, con los dos últimos grupos mencionados anteriormente, y el análisis de pacientes neuróticos. Es aquí donde podemos ver el sentido del dicho de que todo análisis fallido es un fracaso no del paciente sino del analista. “Es esta parte del trabajo la que libera al paciente de la dependencia del analista” (Winnicott, 1956, p. 387).

Pasaré ahora a las formulaciones anteriores de Ferenczi sobre el trauma precoz y su impronta intrapsíquica. Ferenczi fue el primer psicoanalista que consideró la regresión como un requisito crucial para el análisis en profundidad. Me ajustaré al lenguaje de Ferenczi al describir las búsquedas del analista por proporcionar un entorno facilitador que fomente la regresión a la dependencia y, por lo tanto, permita el resurgimiento de los estados del yo.

ORFA⁵

Me gustaría ahora reconsiderar el concepto de Orfa, que considero vital para la visión desarrollada hasta este punto. Orfa se menciona solo unas pocas veces (12 de enero, 17 de enero, 1 de mayo y 12 de junio) en el *Diario Clínico* de Ferenczi (Ferenczi, 1932), pero capturó mi corazón e imaginación, como lo ha hecho con otros,⁶ y puede ser considerado como una importante piedra angular en la obra de Ferenczi. Se supone que él se enteró de Orfa por medio de Elizabeth Severn, la paciente más destacada del *Diario Clínico*. Severn, que estaba interesada en lo oculto y en el espiritismo, le dijo a Ferenczi que su Orfa lo había encontrado para ella y la había guiado hacia él para que éste pudiera rescatarla.

Orfa es un nombre poético mítico que designa una fuerza innata que salvaguarda la vida que proporciona una maternidad protectora en su excesiva ausencia en la edad de la ternura (similar a las ideas de Winnicott (1949) de que la psique tiene una capacidad innata que permite a la mente asumir sobre sí misma las funciones maternas ausentes). Ferenczi afirma que la psique inicialmente dependiente se hace más sugestionable (Ferenczi, 1932, 24 de enero) como reacción traumática a la excesiva falta de adaptación del ambiente a las necesidades de dependencia y ternura del niño. En lugar de la adaptación aloplástica (Ferenczi, 1927, 1928, 1933) (la del medio ambiente a las necesidades del bebé), la psique tierna se ve forzada a distorsionarse (adaptación autoplástica) y sobrevivir al fracaso ambiental excesivo mediante la fragmentación y disociación⁷ automáticas tanto del auténtico sí mismo como del traumatizado.

Ferenczi se refirió a estas distorsiones intrapsíquicas como resultado de una Identificación con el Agresor: esto es, mientras no se adapte excesivamente, la psique del niño incorpora la aniquilación de sus necesidades por parte de un otro, identificándose temerosamente con él, de modo que eso queda internamente impreso como ausencia intrapsíquica de un verdadero self, tanto como la de un niño traumatizado (Ferenczi, 1932). En esta ausencia interna se infiltra la voluntad del otro, llegando a ser un “trasplante extraño” (Ferenczi, 1932, 7 de abril, p. 81) que “regula” desde adentro. El “agresor” externo se convierte en una parte interna de la psique, que mantiene al self auténtico y traumatizado disociado, expresándose éste de manera física, en los sueños o en trances. Una parte de la psique toma sobre sí las funciones del ambiente ausente y es un ángel guardián de la parte disociada traumatizada. Esta organización interna se defiende repetidamente a sí misma de cada otro (que es percibido en tanto un potencial agresor que puede repetir la aniquilación de la psique) mediante la autodestrucción de cualquier excitación de las partes disociadas.

La ansiedad de destrucción y muerte psíquica que se despiertan, llaman a que Orfa salga y surja de la profundidad de la desesperación y el desamparo y, como por arte de magia, vuelva a encender las brasas quemadas del alma, recoja sus fragmentos disociados, e incluso “permite que la locura intervenga” (Ferenczi, 1932, 12 de enero, pp. 8-10) por el bien de la supervivencia. En términos de Winnicott, Orfa sería una manifestación de la “capacidad innata de autocuración” (Winnicott, 1959, p. 128), lo que permite que un falso self asuma el control para sobrevivir, mientras toma sobre sí mismo, las funciones maternas ausentes. El concepto de Ferenczi significa que Orfa también es parte del Falso Self. Orfa conserva las alucinaciones consoladoras, alivia el dolor psíquico y protege las partes disociadas de una lesión mayor. Estas son las funciones órficas del paciente (Smith, 1999).

Sin embargo, Orfa está separado de cualquier emoción y está fuera de contacto con su sufrimiento. Incluso cuando está gestionando la preservación de la existencia de la psique pretraumática de su destrucción (Ferenczi, 1932, 21 de febrero, p. 39), esto se logra mediante la fragmentación y disociación, afianzando la Identificación con el Agresor y el Falso Yo. Esto perpetúa y repite un modo de existencia orientado a la supervivencia y carece del oxígeno necesario para la curación psíquica y el resurgimiento de los estados del yo disociados. Orfa no puede restaurar el apego.

En el lenguaje de Winnicott, podemos referirnos a la fragmentación patológica intrapsíquica como distorsiones del Yo entre el Verdadero y Falso Self. En estos casos, el Falso Self no solo protege al Verdadero Self del miedo recurrente al colapso y la aniquilación, sino que también prohíbe su reactivación. Mantiene los estados no vividos y disociados en su modo de supervivencia.

Para que las partes disociadas revivan y sean intrapsíquicamente contenidas y para que se restaure el verdadero contacto intersubjetivo, la impotencia y la desesperación deben liberarse de la disociación y volver a experimentarse. La transformación ocurre solo cuando Orfa renuncia a su control sobre la psique disociada, confiando en que el analista se una a ella, entregando su exclusivo rol y posición al analista, quien ahora asume sus funciones, pero sin el costo del desapego emocional. Esto incluye reconocer sus propios fracasos y su impacto retro traumatizante intrapsíquico en el paciente. Sugiero que estas son las funciones órficas del analista.

Una mejor idea de la naturaleza complicada de estas funciones órficas se puede obtener echando un vistazo al trasfondo mitológico de la figura de Orfa. No se la menciona en *Los Mitos Griegos* de Robert Graves (1955), y no debe confundirse con la Orfa bíblica del Libro de Rut, que se escribe de manera diferente

en hebreo y no tiene ningún vínculo etimológico con ella. Sin embargo, en el libro de Bryant sobre los antiguos mitos griegos (Bryant, 1774-1776) se la menciona como una diosa que formaba parte del antiguo culto órfico, una versión femenina de Orfeo⁸.

Orfeo fue el poeta y músico de la mitología griega. Los animales se sentían mágicamente atraídos hacia él cuando tocaba su música, las montañas se movían, los ríos cambiaban de curso y las piedras y los árboles derramaban lágrimas. Se enamoró de Eurídice y quiso casarse con ella. De camino a la boda, Eurídice fue mordida por una serpiente, colapsó y murió. Inconsolable, Orfeo decidió seguir a su amada al inframundo, el reino de los muertos, y traerla de regreso. Utilizando su poesía y música, persuadió a los dioses del inframundo a ceder, pero ellos pusieron una condición: no debería volverse y mirarla a la cara hasta que ambos pasasen al mundo de la luz. Orfeo no pudo resistirse y volvió sus ojos hacia ella justo cuando ésta cruzaba pero aún permanecía en la sombra. En este momento, Eurídice desapareció de nuevo en el Hades, y esta vez para siempre.

A diferencia de Edipo Freud que se centró en impulsos libidinales y agresivos reprimidos en el inconsciente, Ferenczi, al “adoptar” el concepto de Orfa, abraza el mito de Orfeo; envía a Orfa, la manifestación femenina, a buscar al infante abandonado, al huérfano, para resucitar la psique infantil congelada muerta del inframundo. Revivirlo requiere un descenso a las regiones de la muerte, la desesperación y el desamparo absoluto.

La transición de Edipo a Orfeo es paradigmática: desde desentrañar las pulsiones inconscientes al resurgimiento de las partes muertas. Orfa, además, agrega un aspecto femenino a Orfeo (la fallida resurrección) al donarle compasión, empatía y la capacidad de asumir las funciones de la maternidad. La noción de Orfa personifica la asombrosa capacidad humana de morir psíquicamente y, sin embargo, seguir viviendo. Además, como postula Winnicott, “[existe] una creencia en la posibilidad de una corrección del fallo original representado por una capacidad latente de regresión” (Winnicott, 1954).

Sin embargo, Orfa necesita que el analista restaure la fe en ella, fe en un analista que plenamente cree que las partes perdidas existen y que está dispuesto a dedicarse el mismo a rescatarlas, a escuchar su llamada de entre los muertos: un analista órfico.

¿QUÉ ES UN ANALISTA ORFICO?

El analista, afirma Ferenczi, debe ser consciente de que los pacientes traumatizados tempranamente no pueden expresarse ellos mismos en virtud del miedo al otro como agresor recurrente. El analista, siendo temido, debe proporcionar un honesto interés, cuidado y provisión para permitir la regresión, de modo que el traumatismo precoz pueda experimentarse sin disociación.

Ferenczi escribe:

Estoy preparado aquí para la objeción de si es realmente necesario primero adormecer al paciente con un exceso de indulgencia que de una ilusión de seguridad infundada, para someterlo más tarde a un trauma el cual puede ser aún más doloroso. Mi excusa es que no provoqué intencionalmente este proceso: ello se desarrolló como resultado de lo que consideré un intento legítimo de fortalecer la libertad de asociación⁹. Tengo un cierto respeto por tales reacciones espontáneas, por lo tanto las dejé aparecer sin obstáculos, y supuse que manifestaban tendencias a la reproducción las que, en mi opinión, no deberían ser inhibidas, sino que deberían llevarse a un desarrollo completo antes de que intentemos dominarlas. (Ferenczi, 1931, pp. 138-139)

Para que este proceso evolucione en el análisis, el analista debe, ante todo, ganarse la confianza de Orfa y ayudarla a cuidar las partes lesionadas disociadas. Para ello, necesita considerarse a sí mismo desde su perspectiva y comprender sus funciones de supervivencia (Smith 1999). El Orfa de un paciente, entonces, puede ayudar al analista a tratar las partes lesionadas y dejarle saber qué decir y hacer para apoyar al self que sufre. Considerarlo como resistencia, sería una re-traumatizante imposición de la estrategia del analista que solo volverá a distanciar a Orfa. Orfa debe asegurarse de que el terapeuta acepte tanto sus protestas como sus sugerencias.

En su diario, Ferenczi describe cómo un paciente le dijo que envolviera un sobre impenetrable alrededor de la parte dolorosa de su psique que estaba situada en su cabeza, para protegerla del colapso “y, que cuándo él se fuera, por favor le dejara una parte de sí mismo con ella para protegerla como un espíritu protector” (Ferenczi, 12 de mayo de 1932, p. 107). Ella le pedía que pusiera sus poderes psíquicos a disposición de su propia psique fragmentada dirigiéndose a ella de una manera sencilla. Nada funcionó mientras Ferenczi le hablaba sin mostrar sentimientos. Ella sólo respondió cuando él satisfizo sus necesidades de todo corazón. El reconocimiento de las fallas del terapeuta, esto es, hacer presente su ausencia emocional, permite que la ausencia interior del paciente se haga presente y lleve a su resurgimiento.

Un pacto con el terapeuta de esta naturaleza restaura la voluntad de Orfa de hacer su aparición en el campo intersubjetivo y de guiar al terapeuta hacia las partes disociadas. Una mirada compasiva y protectora del analista puede aliviar gradualmente el terror de la destrucción y disolver el propio miedo de Orfa a la exposición de la ternura y su renacimiento. La autoconservación órfica puede entonces disminuirse, permitiendo la regresión a la dependencia del analista.

Esta aproximación del terapeuta le permitirá sentir al paciente como el amor disuelve el miedo, que luego despertará una necesidad¹⁰ (Ferenczi, 1932, 3 de junio, pp. 113-117) de ternura sin esfuerzo. Más que una respuesta narcisista, esto debe reconocerse como el amor pasivo anteriormente congelado por el objeto primario: ser amado por un otro sin tener que adaptarse y reaccionar ante él. Este amor se restaura si se disminuye el miedo al otro; así, lo opuesto al amor no es el odio, sino el miedo.

Sin embargo, el camino está lleno de obstáculos y todos y cada uno de los movimientos inapropiados pueden impedir o detener el esfuerzo de rescate. La psique disociada del paciente anhela una conexión auténtica y vital, aunque también la teme (como en el “miedo al colapso”, Winnicott 1974). AL igual que en el mito de Orfeo y Eurídice, Ferenczi advierte que exponer la disociación a la mirada viva del analista puede provocar la muerte una vez más. El reconocimiento de su potencial y concreto impacto letal es la única posibilidad de evitar la renuncia total a la esperanza de resurgir de la muerte psíquica. El analista órfico conoce la trágica solución de la supervivencia y sus consecuencias. A diferencia de Orfeo, él asume la responsabilidad de su impacto mortal y, a diferencia de Orfa, siente la angustia y el dolor psíquico insoportable de las partes muertas, las contiene e intenta revivirlas para restaurar las genuinas relaciones intersubjetivas.

Es crucial darse cuenta de que la real relación entre paciente y terapeuta constituye el espacio en el que el trauma inicial se representa repetidamente y, en términos de Winnicott, hay un abandono (Winnicott, 1955, 1965, 1987) del terapeuta a su propia autocontención. Ferenczi demandaba que el terapeuta reconociera la inevitabilidad de ser él mismo un agresor, un verdadero director de funerarias (Ferenczi, 1932, 8 de marzo, pp. 51-53) de la psique del paciente, ya sea como resultado de malentendidos, debido a la imposición de sus interpretaciones al paciente, o debido a la expectativa de que el paciente se adapte al encuadre. El terapeuta debe saber cómo y cuándo el paciente se siente arredrado o utilizado por el analista para sus propias necesidades.

... La voluntad de nuestra parte para admitir nuestros errores y el esfuerzo honesto por evitarlos en el futuro, todo esto va a crear en el paciente una confianza en el analista. Es esta confianza la que establece el contraste entre el presente y el pasado traumatogénico insoportable, contraste que es absolutamente necesario para que el paciente pueda volver a experimentar el pasado ya no como reproducción alucinatoria sino como una memoria objetiva (Ferenczi, 1933, p.160).

Similarmente, Winnicott plantea:

El tratamiento y manejo de este caso me ha exigido todo lo que poseo como ser humano como psicoanalista y como pediatra. He tenido que efectuar un crecimiento personal en el transcurso de este tratamiento que fue doloroso y que con mucho gusto hubiera evitado. En particular, he tenido

que aprender a examinar mi propia técnica cada vez que surgían dificultades, y siempre resulto en las variadas fases de resistencia que la causa era un fenómeno de contratransferencia que requería un mayor autoanálisis del analista (Winnicott, 1954, p. 280).

El analista debe buscar activamente situaciones en las cuales el paciente lo ajuste a él a sí mismo mediante la abnegación. Es tarea del terapeuta expresar y verbalizar esos sentimientos clamorosos y disociados en nombre del paciente, hasta que él mismo pueda expresarlos. Al hacerlo, el analista reconoce sus ausencias y fallas así como su baja influencia real sobre el paciente y sus relaciones presentes. Dar presencia empática a estas ausencias externas e internas es el corazón de la curación y la reparación. Dándole un espacio de contención intersubjetiva a la experiencia de auto afirmación (crueldad, en el lenguaje de Winnicott), la ansiedad de destrucción puede tolerarse sin recurrir a la fragmentación y la disociación.

Winnicott describe esto de una manera similar:

Al final el paciente utiliza las fallas del analista, a menudo bastante pequeñas, acaso manipuladas por el paciente, o el paciente produce transferencia con elementos delirantes y nosotros tenemos que lidiar con ser mal entendidos en un contexto limitado. El factor operante es que el paciente ahora odia al analista debido a una falla que originalmente apareció como un factor ambiental, que estaba fuera del área de control omnipotente del infante, y que ahora se escenifica en la transferencia. Entonces, al final, tenemos éxito al equivocarnos: fallando al servicio del paciente. Esto está a una gran distancia de la simple teoría de la cura por experiencia correctiva. En este sentido, la regresión puede estar al servicio del yo si se encuentra con el analista, y se trueca en una nueva dependencia en la cual el paciente traslada el factor externo dañino hacia el área de su control omnipotente (Winnicott, 1963, p. 258).

Llamando la atención sobre el impacto del terapeuta y su inevitable contribución a la repetición del trauma en el análisis, Ferenczi reveló la vulnerabilidad y las limitaciones del terapeuta, e hizo necesario reconocerlas como una parte vital de la terapia. Es su actitud, es su subjetividad, su contratransferencia, lo que influye en la transferencia, y no al revés.

La identificación con el Agresor aterroriza y frena continuamente las necesidades de ternura también desde adentro. Lo que se manifiesta en el espacio intersubjetivo (miedo al otro) también refleja relaciones internas perversas (Steiner, 1993, pp.103-115) entre partes del self: el paciente Órfico, un funcionamiento de dos caras del paciente permite la supervivencia de las partes disociadas, y frena su apariencia tanto intrapsíquica como intersubjetivamente por temor a sufrir un colapso. Confiar en el analista puede permitirle al paciente reconocer, revivir y contener no solo su miedo al agresor externo percibido, sino también a la dominación violenta de aquello “interrumpido” (Bollas, 1999, p. 113) donde Orfa, por sí mismo, no puede disipar su amenazador poder.

La interpretación por sí sola nunca es una herramienta suficiente para revivir los eventos traumáticos. “Alguna cosa” (Ferenczi, 1932, 31 de enero, p. 24) debe añadirse realmente en una relación real si se quiere transformar en una realidad mental. Cuando el terapeuta, junto con y en nombre del paciente, experimenta la muerte y el sufrimiento como reales, se dirige al niño disociado, como lo haría una madre alarmada que acude en su ayuda, antes que el paciente, una vez más, se identifique con autodestrucción.

Hay que tener en cuenta que la fragmentación de la conciencia es real. El niño dañado se conserva de forma primitiva y primaria, respondiendo a todas las otras personas como a una amenaza a su existencia psíquica. La única forma de conectarse con él es encontrándolo en el nivel de existencia en el que se disocia. Para conectarse con él, el analista debe creer en su existencia, sentirlo y dirigirse a él directamente:

Hablamos mucho en análisis de regresiones a lo infantil, pero realmente no creemos hasta qué punto tenemos razón; hablamos mucho sobre la escisión de la personalidad, pero no parece que se aprecie lo suficiente la profundidad de estas escisiones [énfasis mío]. Si mantenemos nuestra actitud

educativa y serena incluso ante un paciente opistotónico, rompemos en pedazos el último hilo que lo conecta con nosotros. El paciente que ha entrado en trance es *en verdad un niño*, que ya no reacciona a las explicaciones intelectuales, sólo quizás a la amabilidad maternal; sin la cual él se siente solo y abandonado en su mayor necesidad, es decir, en la misma situación insoportable que en un momento lo llevó a una división de su mente y finalmente a su enfermedad; por lo tanto, no es de extrañar que el paciente no pueda dejar de repetir ahora la formación del síntoma exactamente como lo hizo en el momento en que comenzó su enfermedad (Ferenczi, 1933, p. 160).

El juego, la ternura, la plena confianza en la realidad de la experiencia del paciente, la sinceridad y la autenticidad: todos estos son factores críticos para el resurgimiento de los estados del self disociados, y son “como una especie de pegamento que unen permanentemente los fragmentos ensamblados intelectualmente, rodeando incluso la personalidad así reparada con una nueva aura de vitalidad y optimismo” (Ferenczi, 1932, 20 de marzo, p. 65).

Una vez más, el resurgimiento del insufrible dolor psíquico y de las tiernas necesidades disociadas suscita inevitablemente rupturas en la propia relación terapéutica. Experimentar la impotencia permite sentir y expresar la ira, la rabia hacia el analista (Ferenczi, 1932, 2 de febrero, pp. 28-29). Debe reconocerse que esto redirige hacia afuera la agresión que hasta ahora estaba prohibida y se había vuelto contra uno mismo. El agresor internalizado vuelve ahora a su lugar original, al otro, y es frente a este otro, si es empático, que el paciente puede ahora experimentar miedo e impotencia, con las consiguientes protestas e ira.

Esto no significa que el paciente sea destructivo, sino más bien que su funcionamiento mental es restablecido y revivido, al igual que su original e inflexible autoafirmación. La expectativa inicial de que el otro se adapte a su sí mismo está nuevamente viva. El “yo” existe y es capaz de autorreflexión del “mi”. Entonces es posible allanar un camino terapéutico directo hacia el dolor psíquico que fue almacenado en el solitario y oculto aislamiento del Orfa del paciente.

En el proceso de revivir estados del self muertos, la reconstrucción del traumatismo inicial también incluye la inversión de roles (Borgogno, 2008) y que el analista de hecho esté siendo traumatizado por el paciente. Entenderlo como tal abre el camino para que el analista utilice esto para sanar la Identificación con el Agresor. Además, uno encuentra expresiones que puede parecer absurdas en el paciente. Sin embargo, cada alucinación absurda contiene una pizca de verdad, que está relacionada con la experiencia traumática confusa original, ahora expuesta en el espacio intersubjetivo. Confiando en el analista, este estado de sobrevivencia se revela, con la esperanza de que el analista identifique tanto lo que ha sido implantado por el exterior como lo que es genuino y auténtico (Ferenczi, 1932, 3 de marzo, pp. 46-48). Es en la relación actual con el analista, donde se protesta y “retorna” hacia el analista aquello que le es propio, se clarifica la confusión, y se establece la diferenciación entre la realidad interna y externa.

Este proceso supone una pesada carga para el analista. Es insoportable para el analista ser acusado de “ser un asesino” (Ferenczi, 8 de marzo de 1932, pp. 51-53), pero es inevitable que él deba actualizar un trauma precoz. Pero en contraste con el original “asesinato de espíritu” (Shengold, 1989), el terapeuta no debe negar su culpa (analítica), ni siquiera por el hecho de que no puede ofrecer todo el cuidado, bondad y proximidad maternos requeridos, exponiendo a sus pacientes a los mismos peligros y agonías psíquicas de aquello que fue salvado por la ‘piel de sus dientes’.

Una vez que el terapeuta reconoce que sus actos o palabras han “cometido un asesinato” (Ferenczi, 1932, 8 de marzo, p. 52), se permite al paciente experimentar esto a través del dolor psíquico real y contener el terror de la destrucción sin disociación y sin locura defensiva.

Resolver el miedo al colapso implica no solo la regresión a la dependencia y la confianza, sino principalmente facilitar una capacidad creciente para contener sus rupturas, mientras se mantiene la seguridad del apego. Lo que ha sucedido no se puede deshacer, pero una vez que la ausencia es presentizada y experimentada, uno puede reconciliarse con ella, ser capaz de llorarla y contenerla sin tener que destruirse uno sí mismo (Ferenczi, 1932, 22 de marzo, pp. 66-68). Este es un proceso tedioso y desesperante, pero el

analista órfico no se rinde. Oye voces fantasmales desde el abismo, y cree en su existencia, teniendo fe en lo ausente y disociado, desciende a la cripta (Grotstein, 2010), luchando repetidamente por su resurgimiento y presencia vivida.

Ferenczi y Winnicott son, en mi opinión, analistas órficos, que creen que hay vida en la muerte y la ven cuando aparece. Dan ejemplos clínicos propios, pero no como instrucciones; más bien, invitan a los analistas a seguir el proceso idiosincrásico de cada paciente con la propia creatividad y participación del analista de acuerdo con las pautas anteriores. Concluiré con dos extractos extensos de Ferenczi y de Winnicott que hablan por sí mismos. Cuando se yuxtaponen, revelan el increíble parecido y complementariedad en sus ideas teóricas y clínicas sobre la regresión a la dependencia en el análisis. Ambos se centran en el presente y en las relaciones reales, en la compulsión de repetición de la impronta intrapsíquica amortiguadora del entorno traumático temprano inicial, y están inmersos e involucrados en su resurgimiento en el presente:

Ferenczi escribe:

Si en la situación analítica, el paciente se siente herido, decepcionado o abandonado, a veces comienza a jugar consigo mismo como un niño solitario. Definitivamente, uno tiene la impresión de que ser abandonado da como resultado una disociación de la personalidad. Parte de la persona adopta el papel de padre o madre en relación con el resto, anulando de este modo, por así decirlo, el hecho de estar abandonado [esto resuena con la noción de abstinencia de Winnicott (1949, 1955, 1987)]. En esta situación, los miembros del cuerpo separados -manos, dedos, pies, genitales, cabeza, nariz u ojo- se convierten en representantes de la persona en su totalidad, en relación con la cual todas las vicisitudes de la propia tragedia del sujeto se evidencian y luego se resuelven hasta llegar a una conclusión reconciliadora. Sin embargo, es digno de mención que, además de esto, vislumbramos los procesos de lo que he llamado la “escisión narcisista del self” en la misma esfera mental. Uno se sorprende por la gran cantidad de autopercepción autosimbólica o psicología inconsciente que se revela en las producciones de fantasía de los analizandos, tal como ocurre, obviamente, en las de los niños. Me han contado pequeños cuentos sobre un malvado animal que intenta destruir una medusa con sus dientes y garras, pero no puede alcanzarla porque la medusa con su flexibilidad elude cada golpe y mordisco y luego vuelve a su forma. Esta historia se puede interpretar de dos maneras: por un lado, expresa la resistencia pasiva que el paciente opone a los ataques de su entorno y, por otro lado, representa la disociación del self en una parte sufriente y brutalmente destruida, y una parte que, por así decirlo, lo sabe todo pero no siente nada. Este proceso primordial de represión se expresa aún más claramente en las fantasías y los sueños, en los que la cabeza (es decir, el órgano del pensamiento) se separa del cuerpo y camina sobre sus propios pies, o está conectada con el cuerpo solo por un solo hilo (ver una descripción similar en Winnicott, 1949). Todo esto requiere una interpretación no solo en términos de la historia del paciente, sino también de autosimbolismo (es decir, como relaciones entre partes del self) (Ferenczi, 1931, p. 135).

Winnicott describe una visión similar:

Una paciente joven tuvo que esperar algunos meses antes de que pudiera comenzar, y luego pude verla solo una vez a la semana; más tarde le di sesiones diarias justo cuando debía irme al extranjero durante un mes. La reacción al análisis fue positiva y los desarrollos fueron rápidos, y encontré a esta independiente joven volviéndose, en sus sueños, extremadamente dependiente. En un sueño tenía una tortuga, pero su caparazón era blando, por lo que el animal estaba desprotegido y, por lo tanto, ciertamente sufriría. Así que en el sueño mató a la tortuga para evitarle el intolerable dolor que le estaba llegando. Ésta era ella misma e indicaba una tendencia al suicidio, y era para curar esta tendencia que ella había buscado tratamiento.

El problema era que ella todavía no había tenido tiempo en su análisis para lidiar con las reacciones

a mi partida, por lo que tuvo este sueño suicida, y en términos clínicos llegó a enfermarse físicamente, aunque de una manera oscura. Antes de irme tuve el tiempo, pero muy poco, para que ella sintiera una conexión entre su reacción física y mi partida. Mi partida actualizaba un episodio traumático o una serie de episodios de su propia infancia. Estaba en un lenguaje como si yo la hubiese estado sosteniendo y luego me preocupara por algún otro asunto, de modo que ella se sintió aniquilada. Esta era su expresión para ello. Matándose a sí misma, obtenía control sobre ser destruida mientras dependía y era vulnerable. En su saludable sí mismo y cuerpo, a pesar de todo su fuerte impulso de vivir, ella había llevado durante toda su vida el recuerdo de haber tenido en algún momento un impulso total de morir; y ahora la enfermedad física aparecía como una localización en un órgano del cuerpo de este completo impulso de morir. Se sintió impotente ante todo esto hasta que pude interpretarle lo que estaba sucediendo, después de lo cual sintió alivio y fue capaz de dejarme ir. Incidentalmente, su enfermedad física se convirtió en una amenaza menor y comenzó a sanar, en parte, por supuesto, porque estaba recibiendo el tratamiento adecuado (Winnicott, 1963, pp. 249-250).

(*) Una versión de este documento se presentó en la Conferencia Internacional Ferenczi, Herencia de una mente psicoanalítica, Toronto, del 7 al 10 de mayo de 2015

(**) Hayuta Gurevich, analista de formación de maestría y miembro de la facultad de la Asociación Psicoanalítica de Israel; miembro y cuerpo docente del Centro Winnicott en Tel-Aviv, y miembro y cuerpo docente de los Estados Mentales Primarios, de la Escuela de Psicoterapia afiliada a la Universidad de Tel-Aviv.

Dirección Correspondencia a Hayuta Gurevich, 52 Nachmani st., Tel-Aviv, Israel.

REFERENCES

- Bollas, C. (1999). *Dead mother, dead child*. In *The mystery of things*. London & New York, NY: Routledge.
- Borgogno, F. (2008). The relevance of “role reversal” in today’s psychoanalytic work. *International Forum of Psychoanalysis*, 17, 213–220.
- Bryant, J. (1774–1776). *A new system or an analysis of ancient mythology*. London: J. Walker. Published in 1807. Google: [www. https://archive.org/details/anewsystemorana00bryagoog](https://archive.org/details/anewsystemorana00bryagoog)
- Ferenczi, S. (1927). The adaptation of the family to the child. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis: The Selected Papers of Sandor Ferenczi, M.D.* (pp. 61–76). New York, NY: Basic Books, 1955.
- Ferenczi, S. (1928). The elasticity of psycho-analytic technique. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis: The Selected Papers of Sandor Ferenczi, M.D.* (pp. 87–101) New York, NY: Basic Books, 1955.
- Ferenczi, S. (1929). The unwelcome child and his death instinct. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis: The Selected Papers of Sandor Ferenczi, M.D.* (pp. 102–106). New York, NY: Basic Books, 1955.
- Ferenczi, S. (1931). Child-analysis in the analysis of the adults. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis: The Selected Papers of Sandor Ferenczi, M.D.* (pp. 126–142). York: Basic Books, 1955.
- Ferenczi, S. (1932). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. J. Dupont (Ed.) M. Balint & N. Z. Jackson (Trans.) Cambridge, MA & London: Harvard University Press, 1988.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis: The Selected Papers of Sandor Ferenczi, M.D.* (pp. 156–167). New York, NY: Basic Books, 1955.
- Fortune, C. (2003). The analytic nursery: Ferenczi’s “wise baby” meets Jung’s “divine child.” *Journal of Analytic Psychology*, 48, 457–466.

- Frankel, J. B. (1998). Ferenczi's trauma theory. *American Journal of Psychoanalysis*, 58, 41–41.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *The Standard Edition*, Vol. 18, 7–64. London: Hogarth.
- Galdi, G. (1999). In these pages.... *American Journal of Psychoanalysis*, 59, 297–301.
- Graves, R. (1955). *Greek Myths* (Vol. 1). London: Penguin.
- Grotstein, J. (2010). "Orphans of O": The negative therapeutic reaction and the longing for the childhood that never was. In J. Van Buren & S. Alhanti (Eds.), *Primitive mental states: A psychoanalytic exploration of the origin of meaning*. (pp. 8–30). London & New York, NY: Routledge.
- Gurevich, H. (2008). The language of absence. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 561–568.
- Gurevich, H. (2014). The return of dissociation as absence within absence. *American Journal of Psychoanalysis*, 74, 313–321.
- Gurevich, H. (2015). The language of absence and the language of tenderness: Therapeutic transformation of early psychic trauma and dissociation as resolution of the "identification with the aggressor." *Fort Da*, 21, 45–65.
- Haynal, A. (2014). Trauma—revisited: Ferenczi and modern psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 98–111.
- Kalshed, D. (2003). Trauma and daimonic reality in Ferenczi's later work. *The Journal of Analytic Psychology*, 48, 479–489.
- Keve, T. (2012). Ferenczi remembered. In J. Szekacs-Weisz & T. Keve (Eds.), *Ferenczi and his World: Rekindling the spirit of the Budapest School*. (pp. 1–30). London: Karnac.
- Ogden, T. H. (2014). Fear of breakdown and the un-lived life. *International Journal of Psychoanalysis*, 95, 205–223.
- Papadima, M. (2006). Dissociation, the true self, and the notion of the frozen baby. *Psychodynamic Practice*, 12, 385–406.
- Roussillon, R. (2011). *Primitive agony and symbolization*. London: Karnac.
- Rudnytsky, P.L. (1991). *The psychoanalytic vocation. Rank, Winnicott, and the legacy of Freud*. New Haven & London: Yale University Press.
- Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven, CT: Balantine Books, Yale University.
- Smith, N.A. (1998a). The strength of "creative impulse" in the aftermath of trauma: Discussion of "I Made a Picture of My Life—a Life from the Picture" by Pirkko Siltala. *International Forum of Psychoanalysis*, 7, 159–162.
- Smith, N. A. (1998b). Orpha reviving: Toward an honorable recognition of Elizabeth Severn. *International Forum of Psychoanalysis*, 7, 241–246.
- Smith, N. A. (1999). From Oedipus to Orpha: Revisiting Ferenczi and Severn's landmark case. *American Journal of Psychoanalysis*, 59, 345–366.
- Smith, N. A. (2001). Angels in the architecture: Contemporary case of an Orphic functioning. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29, 575–583.
- Steiner J. (1993). *Psychic retreats: Pathological organizations of the personality in psychotic, neurotic, and borderline patients*. London & New York, NY: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. In D. W. Winnicott: *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. (pp. 278–294). New York, NY: Basic Books, 1958. (Original work read at Scientific Meeting of the British PsychoAnalytic Society, on 17th March, 1954. Also published in *Int.J.Psycho-Anal.*, 36, 1955)
- Winnicott, D. W. (1949). Mind and its relation to the psyche-soma. In D. W. Winnicott: *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. (pp. 243–254). New York, NY: Basic Books, 1958. (Original work read at Scientific Meeting of the British Psycho-Analytic Society, 14th December, 1949. Also Published in *Brit.J.Med.Psychol.* 1954, 27).
- Winnicott, D. W. (1955). Withdrawal and regression. In D. W. Winnicott: *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. (pp. 255–261). New York, NY: Basic Books, 1958.
- Winnicott, D. W. (1956). On transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 386–388.

- Winnicott, D. W. (1959). Classification: Is there a psycho-analytic contribution to psychiatric classification? In D. W. Winnicott: The maturational processes and the facilitating environment. (pp. 124–139). London: Hogarth Press, 1965. (Original work read at Scientific Meeting of the British Psycho-Analytic Society, 18 March 1959, and Postscript 1964).
- Winnicott, D. W. (1962). The theory of parent-infant relationship—Further Remarks. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 238–23
- Winnicott, D. W. (1963). Dependence in infant-care, in child-care, and in psychoanalytic setting. In D. W. Winnicott: The maturational processes and the facilitating environment. (pp. 249–259). London: Hogarth Press, 1965. (Original work published in *International Journal of Psychoanalysis*, 1963, 44:339)
- Winnicott, D. W. (1964). The importance of the setting in meeting regression in psycho-analysis. In C. Winnicott, et al. (Eds.) D. W. Winnicott: Psychoanalytic explorations. (pp. 96–102). London: Karnac Books. 1989.
- Winnicott, D. W. (1965). Notes on withdrawal and regression. In C. Winnicott, et al. (Eds.) D. W. Winnicott: Psychoanalytic explorations. (pp. 149–151). London: Karnac Books. 1989.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103–107.
- Winnicott, D. W. (1987). Withdrawal and regression. In D. W. Winnicott: Human Nature. (pp.141–142). London: Free Association.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In D.W. Winnicott: The maturational processes and the facilitating environment.(1965). pp 37–55) (p. 1965). London: Hogarth Press.
- Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (1989). Postscript: D.W.W. on D.W.W. In D. W. Winnicott: Psychoanalytic explorations. London: Karnac.

Publicado en: The American Journal of Psychoanalysis, 2016, 76, (322–340). 2016 Association for the Advancement of Psychoanalysis 0002-9548/16

Versión electrónica:

www.palgrave.com/journals

DOI:10.1057/s11231-016-9049-2

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 18-ALSF

Notas al final

1.- Hayuta Gurevich, M.A. tiene grados de maestrías en Psicología Clínica, Sociología y Antropología. Es analista de formación y profesora de la Asociación Psicoanalítica de Israel; miembro del cuerpo docente del Centro Winnicott en Tel-Aviv; y miembro y profesora de los Estados Mentales Primarios, y la Escuela de Psicoterapia afiliada a la Universidad de Tel-Aviv. Da muchas conferencias sobre el trauma precoz y su impacto intrapsíquico, específicamente la disociación. Sus publicaciones reflejan sus investigaciones de los escritos posteriores de Ferenczi y sus conexiones con Winnicott, los marcos teóricos contemporáneos y las implicaciones clínicas de las exoactuaciones. Ella realiza su práctica privada en Tel Aviv.

2.- Como Rudnytsky escribe (1991): La falta de reconocimiento de Winnicott por aquellos que le precedieron, en su afán de dedicación a su propio desarrollo interior, exigió un alto costo personal para los seguidores de Ferenczi, particularmente para Michael Balint. En honor a su reputación -después de que Balint le recordara, varias veces, a Winnicott las dolorosas consecuencias de sus evasivas declaraciones sobre las similitudes entre su trabajo y el de otros, Winnicott escribió: “Me he dado cuenta, cada vez más, a medida que el tiempo pasa, de la gran cantidad que he perdido muchísimo por no correlacionar apropiadamente mi trabajo con el de los otros. No solo es molesto para la gente, sino que también es de mala educación y ha significado que lo que he dicho ha sido aislado y la gente tiene que trabajar mucho para lograrlo. Ello ha ocurrido debido a mi temperamento y es una gran falla” (Rudnytsky, 1991, págs. 86-87).

3.- Winnicott usa el concepto de disociación para referirse a lo que se ha experimentado como privación y fragmentado por una falla ambiental traumática. No siempre está claro si lo que luego se disocia está incluido en el Verdadero Self o no. Lo diferencia de los estados traumáticos más iniciales que ocurren pero no se experimentan, ya que todavía no hay aun un self que lo experimente, y no permiten que exista un Verdadero Self (ver Papadima, 2006). Utilizo este concepto (Gurevich, 2008, 2014) en un sentido más amplio para indicar una respuesta automática y de supervivencia a una amenaza externa atemorizante que fragmenta la psique de manera que los estados psíquicos se disocian entre sí.

4.- De manera similar, Ferenczi escribe: el “contenido del Yo escindido: la tendencia a completar la acción interrumpida por el shock ... [se] limita a una tendencia a repetir hasta encontrar una mejor solución” (Ferenczi, 1932, Jan. 24).

5.- He discutido los conceptos de Orpha, funciones Órficas y analista Órfico en Gurevich (2015).

6.- Este concepto fue referido por Frankel (1998), Galdi (1999), Fortune (2003), Kalshed (2003), y recientemente recibió un significado extendido por Haynal (2014) en su último artículo concluyente sobre Ferenczi. Me uno a su profundo aprecio por la fallecida Nancy Smith (1998a, b, 1999, 2001) por sus artículos inspiradores sobre las funciones órficas.

7.- Ferenczi usualmente usó los conceptos de represión y escisión y no el concepto de disociación, pero los usa en el sentido de disociación, como una reacción de supervivencia automática intrapsíquica a una amenaza externa que fragmenta la conciencia, manteniendo sus fragmentos disociados entre sí.

8.- Jacob Bryant, un erudito y mitógrafo británico que vivió en el siglo XVIII, describió a Orfa: “Así como hubo un Orfeo en Tracia, así parece haber habido un Orfa en Laconia, de cuya historia tenemos muy pocas referencias”. La representan como una ninfa, la hija de Dion y muy amada por Dionisio. De ella se ha dicho que al final de su vida, se había convertido en un árbol. La fábula probablemente se relaciona con lo Dionisiaco y otros ritos órficos, que se habían introducido en los primeros tiempos en aquella parte del mundo antes mencionada, donde se celebraban en un lugar llamado Orfa. Pero los ritos cayeron en desuso y la historia del lugar quedó obsoleta: por eso Orfa que había sido convertida en una ninfa, favorecida por el Dios allí adorado; y luego se supone que se habría convertido en uno de los árboles, que crecía dentro de sus recintos” (Bryant, 1774-1776, p. 136).

9.- Es interesante notar que Michael Balint dijo en un documento que leyó antes de la reunión conmemorativa de la Asociación Psicoanalítica Húngara, el 3 de octubre de 1933, (citado en Keve, 2012 p. 16) que Ferenczi asumió sobre sí la nueva tarea de enseñar a los pacientes a poder asociar *verdaderamente libre* (énfasis mío).

10.- Winnicott distingue los deseos de las necesidades: con el paciente en regresión, la palabra deseo es incorrecta; en su lugar usamos la palabra necesidad. Si un paciente en regresión necesita tranquilidad, luego sin ella nada puede hacerse realmente. Si la necesidad no es satisfecha, el resultado no es la ira, sino solo una reproducción de la falla ambiental que detuvo el proceso de crecimiento personal.