

ARTÍCULO ORIGINAL |

La Escucha Psicoanalítica: Desarrollo Histórico

Pablo García Echeverri¹

Recibido junio 22 2013

Aprobado agosto 25 2013

Resumen

Cuando estudiamos la vida y obra de W. Bion, sorpresivamente nos enteramos del influjo que había recibido de uno de sus maestros, el gran cirujano Wilfred Trotter. Trotter, antes que cualquier cosa, concentraba su esfuerzo en el escuchar agudamente a sus pacientes. Esta observación casual nos estimuló a revisar el concepto de 'escucha'; desde la obra de Freud, hasta algunos autores contemporáneos.

Palabras clave: Desarrollo histórico, escucha psicoanalítica, deseo, memoria, actitud interna psicoanalítica, pre-concepción, contratransferencia.

The psychoanalytic listening: historical development

Summary

While studying the life and works of Wilfred Bion, we surprisingly found the influence that the great surgeon-psychologist, Wilfred Trotter had on Bion's thinking. Trotter, concentrated profoundly in really listening to patients. This finding stimulated our interest in reviewing the concept of psychoanalytic listening from Freud's works and other post- Freudian authors to contemporary psychoanalytic writers.

Key words: historical development, psychoanalytic listening, desire, memory, psychoanalytic internal attitude, pre-conception, counter-transference.

A Escuta Psicanalítica: Desenvolvimento Histórico

Traducción al portugués, Joanna Wilhelm

Resumo

Quando estudamos a vida e obra de W.Bion, surpreendentemente tomamos conhecimento da influência que havia recebido de um de seus mestres, o grande cirurgião Wilfred Trotter. Trotter, antes de mais nada, concentrava seu esforço em escutar atentamente os seus pacientes. Esta observação casual nos estimulou a rever o conceito de "escuta" desde a obra de Freud até a de alguns autores contemporâneos.

Palavras Chave: Desenvolvimento histórico, escuta psicanalítica, desejo, memória, atitude interna psicanalítica, pré-concepção, contratransferência.

¹ Psicoanalista, Miembro Asociado Sociedad Psicoanalítica Freudiana de Colombia, IPA-FEPAL. pablogarciaecheverri@gmail.com

La escucha psicoanalítica, 'atención libremente flotante', como elemento específico de la técnica psicoanalítica, fue inicialmente recomendada por Freud en *Consejos al Médico* (1912). Sin embargo, existen llamativos detalles históricos de esa recomendación en el quehacer profesional cotidiano de Ernest Jones y Wilfred Trotter. Ambos se conocieron en su paso por el *University College Hospital*, mientras estudiaban medicina en la *London University College*. Curiosamente, notamos, Trotter terminó desposando a la hermana de Jones.

Freud y Breuer escribieron en 1895 *Estudios sobre la Histeria*. La revista *Brain*, editada en Londres, reseñó el libro, y lo comentó favorablemente. Trotter se enteró de los *Estudios* por esta revista y le recomendó su lectura a Jones, no sin manifestarle, que en Viena había "un hombre que realmente escuchaba a sus pacientes".

Jones y Trotter resolvieron viajar a Salzburgo y asistir al Primer Congreso Psicoanalítico, en 1908, donde conocieron a Freud. Fueron dos londinenses solitarios en el Congreso. Jones leyó, en inglés, un trabajo de su autoría, *La racionalización en la vida cotidiana*. Este encuentro selló la amistad Freud-Jones, que tanta historia hilvanó en el Psicoanálisis.

Trotter regresó a Londres al *University College Hospital*, siguió su carrera como cirujano sin perder interés en el Psicoanálisis, no en vano era cuñado de Jones, y conservaría incólume su capacidad de escucha como método y actitud con sus pacientes. Por los años veinte, Bion llega al *University College Hospital*, y Trotter es su profesor y mentor en cirugía. Bion, por

cuenta de su trabajo como asistente de Trotter, alcanzaría la medalla de cirugía. En él será imborrable la manera como aquél escuchaba a sus pacientes; se comenta que comparaba esa actitud con la manera como J.S. Taylor, otro de sus profesores, difícilmente se detenía a escuchar a sus enfermos. En 1967 escribiría *Notes on Memory and Desire*, sin duda por la huella que dejó su maestro de cirugía.

Vidas cruzadas. Wilfred Trotter, Ernest Jones, Sigmund Freud; Los inicios

Escribe Jones en su autobiografía:

Wilfred Trotter era mi mejor amigo y –aparte de Freud– el hombre que más me ha interesado en la vida. Lo había conocido en los años de estudiante de Medicina –era siete años mayor que yo– y estaba haciendo exámenes para niveles superiores en cirugía; pero fue solo hasta 1900 cuando llegué a conocerlo bien. Solíamos hablar media hora diaria después del almuerzo. Llegamos a ser íntimos. Su carácter sufrió un cambio radical para el año 1910, cuando se casó con mi hermana. (1959, p.9)

Refiere, que pasó a ser un hombre distante y discreto.

Hacia finales de 1905, Trotter me propuso que arrendáramos un consultorio en *Harley Street*, una calle en donde la mayoría de los médicos miembros del *University College Hospital*² atendían. Me parecía que era apropiado para él,

² El *University College Hospital* es un hospital universitario situado en Londres y vinculado a la *University College London (UCL)*, universidad pública fundada en 1826. Ernest Jones y Wilfred Trotter se formaron en él a principios del siglo 20. Wilfred Trotter fue cirujano allí desde 1906 y profesor de cirugía desde 1935. Wilfred Bion realizó su internado con Trotter hacia 1927 y ganó la medalla de cirugía, siendo asistente de Trotter. En 1979 André Green (*infra*) sería nombrado profesor del *Freud Memorial Chair* de esta Universidad, que corresponde a su Unidad de Psicoanálisis.

dado que era mayor que yo, pero prematuro aun para mí. (Jones 1959, p.11)

Y continúa:

La cualidad, entre tantas, que definitivamente me acercó a él fue su comprensión de la esencia de la actitud científica y su significado para la humanidad. Luego, vino Freud; sentí que debía volver a la universidad. Fue Trotter el primero que me mencionó su nombre. Mitchell Clarke había publicado en *Brain* en 1898 una revisión de Estudios sobre la Histeria y Havellock Ellis también había aludido a él. El primero de sus escritos, que encontré; fue el Caso del análisis de Dora, publicado en *Monatsschrift für Psychiatrie*. Mi alemán no era lo suficientemente bueno para seguirlo de cerca, pero me llevé una profunda impresión de que existía un hombre en Viena que, de hecho, escuchaba con atención cada palabra que el paciente le decía. (1959, p.149)

Jones recuerda ese Primer Congreso de Psicoanálisis, al cual asistió con su compañero y amigo.

Fue, sin embargo, un acontecimiento histórico, el primer reconocimiento público de la obra de Freud. Dado que no se observa relato alguno de la reunión, será oportuno proporcionarlo aquí. Se diferenciaba de todos los Congresos posteriores, en que no tenía Presidente³, ni Secretario, ni Tesorero, ni Consejo directivo, ni subcomisión alguna y – lo mejor de todo– carecía de Comisión de asuntos administrativos... No duró más de un día. La reunión fue realmente internacional, como se verá por los hechos

que vamos a enumerar. Se leyeron nueve trabajos: cuatro de Austria, dos de Suiza y uno de Inglaterra, uno de Alemania y uno de Hungría respectivamente... Los nombres de los asistentes, según resulta de las investigaciones realizadas, son: De Inglaterra Ernest Jones, y Wilfred Trotter,⁴ (Jones, 1950, p.52)

Escribe Jones, en su autobiografía:

Mi artículo era el único que no fue escrito en alemán, pero al parecer, fue entendido. Trotter apareció en la primera tarde, pero de manera significativa, no estuvo ahí cuando Freud habló; se excusó por la pobreza de su alemán, pero uno podría suponer, que la curiosidad que despertaba un gran hombre hubiese trascendido este obstáculo. En los siguientes dos días, en lo que al parecer era una atmósfera con la cual él no congeniaba, de manera abrupta se fue a casa y terminó así una de las tres visitas que haría al continente. Volvería a ver a Freud en Londres, 30 años después. (Jones 1959, p.157)

Desde el primer congreso, en 1908, hasta la llegada de Freud a Londres pasarían 31 años. En ese lapso, Jones viajó a Canadá y permaneció allí algunos años; mientras tanto Trotter seguiría en Londres como cirujano y profesor del *University College Hospital*. Unos años después, llegaría Wilfred Bion como estudiante, y su relación con el profesor de cirugía Wilfred Trotter dejaría una huella profunda en él.

En 1939 Freud llega a Londres. Va acompañado de su médico personal, Schur. Por intermediación de Jones, Trotter lo visita; para entonces Trotter ya es una autoridad, reconocida en Europa, en

³ Freud había deseado que presidiera Bleuler, pero Jung estaba tan seguro de que habría de negarse que ni siquiera se lo pidió.

⁴ Este famoso cirujano –psicólogo no volvió a ver por treinta años a Freud, hasta que éste lo consultó en Londres.

Neurocirugía y Cirugía de tumores de cabeza y cuello. Freud había padecido un cáncer oral desde 1923, para el cual se había sometido a una mandibulectomía (parcial), una maxilectomía (superior), y, adicionalmente, varios tratamientos de radioterapia y fulguraciones. Después de algunos exámenes en Inglaterra, Schur está convencido de que Freud tiene una nueva recurrencia de la enfermedad. Jones consulta con su cuñado Trotter, para que atienda a Freud. La recurrencia, en ese momento al parecer, era confusa, pero luego se hizo evidente. Freud recibió más tratamientos con radioterapia que fueron inútiles. Trotter recomendó que no se realizara intervención alguna. Ese año, tanto Freud como Trotter, fallecieron. (Rosen, 2006, p. 280)

Francesa Bion escribe, en el prólogo al libro póstumo de W.R. Bion, recordando sus años de estudiante de Medicina:

Entre 1924 y 1930, Bion estuvo en la facultad de medicina del *London University College*, donde fue alumno de Wilfred Trotter; y merecedor de la medalla de cirugía. Quedó permanentemente impresionado por las ideas de Trotter, sobre la escucha particular que se debe dar a los pacientes, y por el ejemplo que este le muestra, en la manera como se comunica con ellos. (Bion, 1982, p.6)

En el prólogo de *All my sins remembered another part of life*, escribe:

Así como lo que le ocurrió en su tiempo en Oxford; en Londres recibió una particular impresión y admiración por Wilfred Trotter, quien no solo era un neurocirujano brillante, sino también había escrito *Instincts of the Herd in Peace and War*. (Este libro fue analizado

por Freud en *Psicología de las masas y Análisis del yo*, 1921, p.112)

Trotter hace observaciones que recuerdan fuertemente las visiones posteriores de Bion. Trotter escribe, sobre la resistencia de los hombres a las nuevas ideas, sobre su sumisión a la tradición y la precedencia, cerrados a la aceptación de nuevas opiniones, y obsesionados con la satisfacción con las cosas tal como están; habla también de nuestra disposición a tomar cualquier riesgo con tal de no soportar el dolor del pensar. (Bion, 1985, p.7)

Acaso esta misma resistencia a las nuevas ideas y esta predilección por las cosas como están, no sean también la raíz de las dificultades en la escucha psicoanalítica misma.

Bion recuerda a su profesor Trotter y lo compara con otro de nombre Julian Taylor:

J.T. (Julian Taylor- profesor de Medicina) no podía tolerar la respuesta a su pregunta: ¿Cuál es su problema? "Son mis riñones doctor" Y contestaba Taylor: "¿Riñones? ¿Qué sabe usted de riñones? (O sobre el hígado, el estómago o cualquiera otra estructura anatómica o función fisiológica a la cual el paciente escogiera referirse) Ofendía, tanto su conocimiento médico como su sensación de propiedad. El paciente, asustado de haber ofendido a tal eminencia, se cerraba y no se aventuraba a nuevas sugerencias para evitar una tormenta.

Trotter por el contrario; escuchaba a los pacientes, como si de ellos brotara la fuente misma del conocimiento. Me tomó años de experiencia aprender que este era de hecho el caso. Cuando un paciente coopera, como prestarse a la inspección del médico, a este último le es dada la posibilidad de ver y oír la fuente del dolor. No hay necesidad de preguntar

"dónde duele", aunque claramente sería reconfortante recibir una respuesta a esta pregunta en un lenguaje que fuera inteligible para el médico. La rabia que se despierta fácilmente en quien ayuda (el médico), es porque no entiende el lenguaje del paciente o que el lenguaje que entiende no está siendo utilizando de una manera que le es familiar. El interés amigable de Trotter en los pacientes, tenía el efecto de obtener más comunicaciones provenientes de este; la fuente del conocimiento no se agotaba. (Bion, 1985, p.38)

Tal vez, Bion percibía dos maneras de escuchar, al ver trabajar a sus profesores; aquella que consiste, apenas en una cortés espera, hasta que el paciente termine de hablar, para darle un conocimiento que está en su persona (como era el caso de Julián Taylor) y la otra, que era la de Trotter, que tanto impactaba a Bion. Así describía Trotter las cualidades que son esenciales para un médico:

El primero por ser nombrado debe ser, siempre, el poder entregar toda la propia mente al paciente sin la interposición de nada de uno mismo. Suena simple, pero solo los grandes doctores lo logran completamente. Es un proceso activo y no un mero escuchar pasivo, o una espera cortés hasta que se pueda interrumpir. La enfermedad, frecuentemente, cuenta sus secretos en un paréntesis casual. (Pilcher⁵, 1973, p.79)

Trotter intuía, que existía un saber que estaba en el paciente y no en el médico. Un

saber inconsciente, al cual se podía acceder mediante una escucha particular, que podía ser interferida por los pensamientos, deseos, e ideas del médico. Sin embargo, Trotter no concebía la escucha como lo había hecho ya Freud 18 años antes: una que no se hacía desde el Consciente sino desde el Inconsciente.

Los conceptos de Freud sobre la Escucha analítica

Para Freud, Escucha es equivalente a atención. Como lo corrobora su significado, escuchar significa, según el Diccionario de la Lengua Española (verbo transitivo): "Prestar atención a lo que se oye"⁶. Escuchar, para Freud, es un acto esencial en el método y la técnica del Psicoanálisis. José Luis Valls⁷ escribe, en su Diccionario Freudiano:

Atención

Energía libidinal (en un sentido amplio, que incluye el interés de la autoconservación) del Yo (en realidad, proveniente del Ello, pero ligada y almacenada por el Yo) que inviste el sistema Percepción – Consciencia (P-Cc); es imprescindible para que algo sea registrado por la consciencia.

Funciona en dos niveles: Uno libremente flotante, con bajo nivel de investidura, y que registra todas las percepciones posibles por igual; y un segundo copioso, con fuerte investidura; este último es el que otorga fuerte nitidez a la percepción.

⁵ Profesor Emérito de Cirugía; University College Hospital, hacia 1973.

⁶ <http://lema.rae.es/drae/>

⁷ José Luis Valls nació en Buenos Aires, es Médico, Psiquiatra y Psicoanalista, Miembro Titular en Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina, escribió numerosos trabajos de esta última disciplina y publicó dos libros, uno de ellos es el Diccionario Freudiano, editado en 1995 por la editorial Julián Yebenés de Madrid, que ya es un clásico en el tema. <http://www.joseluisvalls.com.ar/>

Cuando es descubierta una percepción que se puede vincular con algo deseado o temido, entonces en este segundo paso el sistema P-Cc recibe una fuerte investidura de atención, tomando nitidez de conciencia.

La atención sirve, ciertamente, para percibir el mundo exterior, pero también registra, a través de representaciones lingüísticas, la actividad de pensamiento proveniente del mundo interior.

Para hacer consciente un pensamiento se necesita de la representación-palabra Preconsciente (Prec.) investida por la atención que la hace consciente.

Cuando a un paciente le pedimos que 'asocie libremente', en realidad le estamos diciendo a su yo, que invista de atención a sus asociaciones de palabra, que levante la censura crítica consciente, que intenta desinvertirlas para evitar conflictos que generen angustia. Le estamos pidiendo, que no siga reforzando desde la censura consciente, la represión inconsciente, generadora de síntomas y Neurosis.

La percepción no es pasiva. La investidura de atención incluye investidura de deseo inconsciente, mediada por el Yo, que, como antenas tentaleantes (Notas sobre la pizarra mágica 1924-1925, y La negación, 1925) registran todas las percepciones posibles, pues lo deseado o lo temido puede estar entre las mismas. (Valls, 1995, p.84-85)

Antes de decantar las reglas sobre la 'atención libremente flotante', publicada en 1912, Freud escribió, en Estudios sobre la Histeria:

Con este propósito, yo me sirvo, en primer término, de un pequeño artificio técnico. Anticipo al enfermo que

le aplicaré enseguida presión sobre su frente; le aseguro que mientras dure la presión y al cabo de ella, verá ante sí un recuerdo en forma de imagen, o lo tendrá en el pensamiento como ocurrencia, y lo comprometo a comunicarme esa imagen o esa ocurrencia, cualquiera que ella fuere. Le digo, que no tiene permitido reservárselo por opinar, acaso, que no es lo buscado, lo pertinente, o porque le resulta desagradable decirlo. Nada de crítica o de reserva, ya provengan del afecto o del menosprecio. Le afirmo, que solo así podremos hallar lo buscado, que así lo hallaremos infaliblemente. Luego, presiono durante unos segundos la frente del enfermo situado ante mí, lo libro de la presión y le pregunto, en tono calmo, como si estuviera descartada cualquier decepción: ¿Qué ha visto usted? O ¿Qué se le ha ocurrido?

Además de enseñarme mucho, este procedimiento me llevó siempre a la meta; hoy ya no puedo prescindir de él. (1895, p.277)

En esta descripción de su método catártico se prefigura 'la regla analítica fundamental' y su contraparte la 'atención libremente flotante'.

Si consideramos que Trotter leyó, tal vez, la reseña en *Brain* (además de Estudios sobre la Histeria) y que esta se refería a la Comunicación Preliminar (Breuer, Freud 1893), ya en este escrito se nota el giro del interés del médico desde los síntomas hacia los recuerdos: los relatos del paciente. Concluye, Freud, en la Comunicación Preliminar: "El histérico padece por la mayor parte de reminiscencias" (Breuer, Freud, 1893, p. 33)

Se prefigura la atención libremente flotante en el siguiente fragmento de Estudios sobre la Histeria:

Si se está por iniciar un análisis de este tipo, en que uno tiene derecho a esperar una organización del material patógeno como la descrita, puede aprovecharse de los siguientes resultados de la experiencia: Es totalmente infructuoso avanzar en forma directa hasta el núcleo de la organización patógena. Y aunque uno fuera capaz de colegirla, el enfermo no sabría qué hacer con el esclarecimiento que se le obsequia, ni sería alterado psíquicamente por este último.

No tenemos más remedio que mantenernos al comienzo en la periferia del producto psíquico patógeno. Uno empieza por hacer que el enfermo cuente lo que sabe y recuerda, en lo cual uno ya dirige su atención y supera resistencias leves aplicando el procedimiento de la presión. (Bruer-Freud, 1893-1895, p.296)

El interés por los relatos (asociaciones) del paciente, se configura ya en 1900 con el interés por la interpretación de los sueños. En 1901 Freud escribe *Sobre el sueño*, y en él describe la técnica de la interpretación de los propios sueños. Al describirla se prefigura también la Atención libremente flotante.

Baste entonces con este enunciado: A raíz de cualquier idea enfermiza alcanzamos un material suficiente para su solución si dirigimos nuestra atención, precisamente a las asociaciones 'involuntarias' que 'perturban nuestra reflexión' y que, por lo común, la crítica eliminaría como desechos sin valor. (Freud, 1901, p. 620)

En este fragmento, ya Freud nos previene contra la propia censura en la mente del analista. En 1901, escribe *Fragmento del análisis de un caso de Histeria (Caso Dora)*, que sería publicado en 1905, refiriéndose a cómo ha ido cambiando su técnica desde *Estudios sobre la Histeria*; y nos comunica: "Ahora dejo que el

enfermo mismo determine el tema del trabajo cotidiano, y entonces parto de la superficie que el inconsciente ofrece a su atención en cada caso." (Freud 1905, p.11)

Se acerca a la expresión de sus reglas técnicas en 1911 con la publicación de *El uso de la Interpretación de los sueños en Psicoanálisis*. Freud contaba ya con un arma poderosa como la interpretación de los sueños pero se vio ante un problema técnico, precisamente relacionado con la interpretación de los mismos. El relato de los sueños se podía constituir en arma de la resistencia contra el tratamiento:

Quien aborde el tratamiento analítico partiendo de la interpretación de sueños retendrá su interés por el contenido de estos, y entonces querrá obtener la interpretación más completa posible de cada uno que el enfermo le cuente. Sin embargo, pronto notará que se mueve en unas constelaciones sumamente diversas, y que si quiere llevar a cabo su designio entra en colisión con las tareas más inmediatas de la terapia.

Más adelante, en este artículo, escribe:

Si el médico prosigue este trabajo interpretativo en las sesiones siguientes, se le acumularán, entretanto, nuevos sueños, que deberá posponer hasta que pueda dar por tramitado el primero. En ocasiones, la producción onírica es tan copiosa, y tan vacilante el progreso del enfermo en el entendimiento de los sueños, que el analista no puede apartar de sí la idea de que, ese ofrecimiento de material, no sería sino una exteriorización de la resistencia, luego de experimentarse, que la cura no puede dominar el material que así se le brinda. Y de esta manera, la cura ha quedado rezagada un buen trecho respecto del presente y ha perdido el contacto con la realidad.

A semejante técnica hay que contraponer esta regla: para el tratamiento es de máximo valor tomar noticia, cada vez, de la superficie psíquica del enfermo, y mantenerse orientado hacia los complejos y las resistencias que, por el momento, puedan moverse en su interior, y hacia la eventual reacción consciente que guiará su comportamiento frente a ello. Casi nunca será lícito demorar esta meta terapéutica, en aras del interés por la interpretación de los sueños. (Freud, 1911, p.88)

Más adelante, escribe algo que se acerca más a la formulación de la regla de 'la atención libremente flotante': "Por tanto, no se hace excepción a la regla de tomar siempre lo primero que al enfermo se le pase por la mente, aun a costa de interrumpir la interpretación de los sueños." (Freud, 1911, p.88)

Escribe, en Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico:

He decantado las reglas técnicas, que propongo aquí, de mi experiencia de años, tras desistir, por propio escarmiento, de otros caminos. Se echará de ver, con facilidad, que todas ellas, o al menos buen número, se resumen en un solo precepto.

La tarea inmediata a que se ve enfrentado el analista que trata más de un enfermo por día parecerá, sin duda, la más difícil. Consiste en guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura, y no confundirlas con un material parecido oriundo de otros pacientes, analizados antes o

al mismo tiempo. Y si está obligado a analizar seis por día, ocho enfermos, o aún más, la hazaña mnémica, que lograrlo supone, despertará en los extraños incredulidad, asombro y hasta conmiseración. En todo caso, se tendrá curiosidad por conocer la técnica que permita dominar semejante plétora, y se esperará que se sirva de unos particulares recursos auxiliares.

Sin embargo, esa técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aún el tomar apuntes, según luego veremos, y consiste meramente en no querer fijarse {*merken*} [notar, sentir, darse cuenta] en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma 'atención parejamente flotante', como ya una vez la he bautizado.⁸ (Freud 1912, p.111)

Es fácil colegir la meta a la cual convergen estas reglas, que hemos presentado separadas. Todas ellas pretenden crear el correspondiente, para el médico, de la 'regla analítica fundamental' instituida para el analizado. Así como este debe comunicar todo cuanto atrape su observación de sí, atajando las objeciones lógicas y afectivas que quieran moverlo a seleccionar, de igual modo, el médico debe ponerse en estado de valorizar, para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconsciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo le resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente, como órgano receptor, acomodarse al analizado como

⁸ [Alude quizás a una frase del historial del pequeño Hans (1909b), AE, 10, pag.21. Si bien allí la formulación es algo diferente: "prestaremos atención pareja a todo cuanto hay para observar". Tal como figura en el presente trabajo, la frase reaparece en Dos artículos de enciclopedia. (1923a), AE, 18, pag.235.]

el auricular del teléfono se acomoda al micrófono. De la misma manera en que el receptor vuelve a mudar en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas de la línea, incitadas por ondas sonoras, lo inconsciente del médico se habilita para establecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconsciente, esto inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo. (Freud 1912, p.115)

Escribe, José Luis Valls, en su Diccionario Freudiano:

Atención parejamente Flotante: Actitud que Freud aconseja que los analistas asuman durante la sesión psicoanalítica, por lo menos en su iniciación. Tratará de inhibir sus representaciones meta⁹ y de estar parejamente dispuesto a percibir todas las percepciones, sin buscar ninguna en especial.

Es la aplicación en la técnica del primer nivel de atención con baja investidura y libre desplazamiento, abierta tanto como se pueda a las percepciones, pues lo deseado puede estar entre ellas.

Las situaciones deseadas por el analista son indicios de situaciones significativas que trae el paciente: recuerdos, asociaciones, sueños, actos fallidos, en fin, vías de entrada al Inc. En este caso, se pasa al segundo nivel de atención, la cual, entonces, se hará más copiosa y con mayor categoría de ligadura, se pondrá mayor grado de expectación. (Valls, 1995, p.84)

Mientras Freud nos muestra cómo debemos escuchar; Arcila nos muestra las resistencias en el escuchar del psicoanalista; refiriéndose

al artículo de Freud, escribe Arcila en La actitud interna psicoanalítica, variaciones sobre un tema:

Muchos pacientes se lamentan de la injusticia de la sesión psicoanalítica, en el sentido de que están obligados a decirlo todo, mientras que el psicoanalista no tiene pareja obligación. Olvidan en esta queja que, al decirlo todo el paciente, corresponde necesariamente, en el analista, una dificultad correspondiente: el escucharlo todo, sin ceder tampoco a las objeciones críticas que surgen en su interior, en su escuchar, y son el *pendant*¹⁰ de las objeciones críticas que surgen al hablar, y que se van produciendo en variada forma en el paciente. (Arcila, 1999, p.135)

Una larga experiencia nos enseña que, contra lo que se cree corrientemente, hay tantas y tan parejas dificultades en el escuchar como en el hablar. La falsa creencia en la mayor dificultad en el hablar que en el escuchar, es el primer riesgo que hay que enfrentar, en el desarrollo de la problemática del diálogo psicoanalítico entre paciente y psicoanalista.

El reflexionar, especular y cavilar mientras que se psicoanaliza, tanto en el paciente como en el psicoanalista, es no solo un estorbo para la escucha y para el entender, sino también, y sobre todo, una expresión interesante de las resistencias que la bloquean. (Arcila, 1999, p.137)

Estas resistencias son los obstáculos en la mente del propio analista, que enciegan su aparato receptor; además, pueden ser memo-

⁹ Representación-meta: Representación del objetivo del deseo sea este Prec. o Inc. (voluntario o involuntario para el yo Cc.).

¹⁰ *Pendant*: ser simétrico a.

rias que no están precisamente al servicio de la construcción o de la interpretación, sino al del deseo, que, tomando el control, oscurece la percepción de lo que el paciente está mostrando en la sesión.

Arcila explica cómo la escucha psicoanalítica no es una reflexión ni ordinaria ni profunda, y cómo nuestra propia reflexión nos aleja de lo inconsciente del paciente.

La conversación ordinaria, la concentración de la atención, la reflexión superficial o profunda sobre esto o aquello, no sometidas a la regla fundamental del análisis y fuera de la situación analítica de tratamiento, no pueden consentir sino conjeturas improbables y no una inferencia inductiva de tales o cuales procesos inconscientes. (1999:123)

Las ideas de Bion

Es probable que Bion, en sus años de estudiante de Medicina, bajo la influencia de Wilfred Trotter, ya hubiera empezado a concebir sus definiciones de Escucha. Una escucha sin pre-concepciones.

Rafael López-Corvo¹¹, (2002:136) en el Diccionario de la obra de la obra de Wilfred R. Bion, escribe la definición de Escucha:

En una carta a Lou Andreas-Salomé, fechada el 25 de mayo de 1916, Freud sugirió su método para alcanzar un estado mental tal, que le proporcionaría ventajas que compensarían 'la oscuridad' que envuelve a un objeto de investigación. El método consistía "en encegucerse a sí mismo artificialmente" o, en sus propias palabras: "Yo sé que me he cegado artificialmente en mi trabajo,

con el propósito de concentrar toda la luz en un solo pasaje oscuro."

Bion describe, implícitamente, la Escucha, como una situación en la cual el analista debe despojarse de cualquier Pre-Concepción*, semejando un estado de 'ingenuidad', el cual, "si tradujéramos groseramente en palabras", significaría: 'no' saber nada y hacer Espacio*-Para-Una-Pre-Concepción, que iluminará un problema que haya excitado la curiosidad.

Memoria

La siguiente definición de Memoria, en la obra de Bion, me trae a la mente el modelo del médico descrito por él mismo, en sus años de estudiante: Julian Taylor, modelo del médico que todo lo sabía y, por tanto, no podía aprender nada de sus pacientes.

Bion establece, que la memoria es parte de K (*Knowledge* o conocimiento), depende de los sentidos y representa un continente que contiene el pasado -el cual puede tratar de evacuar mediante identificaciones proyectivas-, aunque no al futuro, que no existe, salvo cuando se vuelve pasado. Las memorias son posesiones, al igual que los Deseos*, aunque estos últimos pueden poseer la memoria y la mente al convertirse, en ciertas condiciones, en algún continente que la aprisiona. El analista que lo sabe todo o recuerda todo no puede aprender, se muestra como un elemento Saturado*, que no le permite la absorción de nada más. Se hace necesario diferenciar entre la memoria que satura y la capacidad de recordar. (López, 2002:137)

¹¹ Psicoanalista Didacta y Supervisor de las sociedades psicoanalíticas de Canadá y de Venezuela. Ex-miembro del comité editorial del International Journal of Psychoanalysis.

Sobre estos conceptos, Bernardo Álvarez¹² escribió, en *La interpretación psicoanalítica*, estableciendo relaciones entre la memoria, el deseo y la atención flotante:

La actitud disciplinada de despojarse de la memoria y el deseo se vincula con la 'atención flotante' de Freud. Además, Bion relacionó esta actitud con la 'ceguera artificial', que Freud le sugirió a Lou Andreas-Salomé: incrementando la oscuridad circundante se hace más fácil identificar un objeto oscuro. Al conseguir una ceguera artificial -soprimiendo la memoria-, los deseos y la necesidad de entendimiento- el analista crea las condiciones necesarias para tomar contacto con una realidad no sensible, la realidad psíquica. Una mente preocupada por elementos perceptibles por los sentidos, no está en condiciones de captar lo que no se siente. Los recuerdos y los deseos son posesiones del individuo, pero los deseos poseen a la mente. Los pacientes, en efecto, llegan a sentirse poseídos y aprisionados por el estado mental de aquel analista que desea la presencia del paciente, su cura, su bienestar. (Álvarez: 1996, p.264)

Las ideas escritas por Etchegoyen

En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, escribe Horacio Etchegoyen:

Si contrastamos interpretar con callar, como hace Racker, entonces nos pronunciamos, implícitamente, a favor de interpretar; pero si la alternativa es entre hablar y escuchar, ya es distinto, porque

siempre que uno interpreta habla, pero no siempre que uno habla interpreta. A veces, uno interpreta para no escuchar, con el objeto de que el paciente no siga expresándose sobre algo que nos crea ansiedad, que no podemos aguantar, o también con la idea de calmarlo. En estos casos, en realidad, la así llamada interpretación no es más que una forma neurótica empleada por el analista, para negar que no puede hacerse cargo de la ansiedad del paciente o de la suya misma; que no tiene instrumentos para tolerarla e interpretarla. Del mismo modo, como señala Bion, el analista interpreta, a veces, para evitar que el paciente piense que él no lo entiende (1963,1970); aunque revista lo que dice con el ropaje de la interpretación, en el fondo es un *acting out*." (Etchegoyen: 1985, p.306)

En el *Diccionario Freudiano de Valls*, se lee la siguiente definición de *Contratransferencia*: "Sentir inconsciente del psicoanalista, vinculado con los contenidos, inconscientes o conscientes, del material expuesto por el paciente." (Valls, 1995, p.166)

En el desarrollo del concepto, la escucha psicoanalítica se complejiza; existe una doble perspectiva; así, no solo se trata de la comunicación entre dos inconscientes, sino que aparece otro elemento en el quehacer del Psicoanalista: hacer consciente su *contratransferencia* inconsciente.

En este punto recordamos de nuevo a Arcila, en *La relación del Psicoanalista con sus propios sentimientos*, del artículo *La Actitud Interna Psicoanalítica*:

¹² Psicoanalista Colombiano. Inició sus estudios en el Grupo Psicoanalítico de Mendoza (Argentina), hoy Sociedad Psicoanalítica de Mendoza. Finalizó su formación como Psicoanalista en la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Entre sus maestros más cercanos están Horacio Etchegoyen y Guillermo Arcila, entre otros.

La relación del analista con sus propios afectos, no está suficientemente clara en los Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico.

El punto fundamental de esta discusión estaría, en que el verdadero escuchar y entender psicoanalítico es, por sí solo, la superación de los afectos, que de otra manera surgirían. Los afectos emergentes en el escuchar psicoanalítico son trasmutados en el entender psicoanalítico, y se volatilizan en él. Un seguir al paciente, escuchando y entendiendo, es el más auténtico antídoto contra la intoxicación afectiva.

En la medida en que se va escuchando y entendiendo verdaderamente, hay poco lugar para el desprecio, la burla, la recriminación, las lamentaciones y demás pasiones. No es luchando contra el mal de los afectos, sino esforzándose, en cuanto se pueda, por entender, como el psicoanalista adquiere la serenidad que caracteriza la actitud interior psicoanalítica. (Arcila, 1999, p.137)

Green, Psicoanalista contemporáneo

André Green¹³ escribió un libro inspirado en el Esquema de Psicoanálisis de Freud (Freud, 1938) titulado *Ideas directrices para un análisis contemporáneo*. En él se ocupa de la Escucha psicoanalítica:

¿En qué estado mental me encuentro al comenzar una sesión de análisis, como para responder a lo que la situación me exige? Creo estar en posición de analista cuando, habiéndome esforzado

en mantener todo lo posible la atención libremente flotante –ya veremos que no es fácil y choca a veces con serias dificultades–, escucho las palabras del analizante desde una doble perspectiva. Por un lado, intento percibir la conflictividad interna que habita en ellas; y, por el otro, la examino atendiendo al hecho de que se dirige, implícita o explícitamente, a mí. La conflictividad a que me refiero no involucra los conflictos dinámicos particulares, pasibles de ser despejados por la interpretación, sino la forma alternada en que el discurso se acerca y se aleja de un núcleo o de un conjunto de núcleos significativos, que tratan de abrirse paso a lo consciente. No hace falta tener una idea acabada de aquello que activa, o, por el contrario, frena o desvía la comunicación, para percibir el movimiento que, tan pronto la lleva a una expresión más explícita o precisa, como aleja de la verbalización de aquello que está buscando transmitirse. Estas variaciones se pueden percibir por intuición, sin conocerse la naturaleza exacta del foco alrededor del cual gravitan, y que se presentará en forma más o menos repentina –a veces con total claridad y otras de manera accidental– durante el trayecto discursivo. En este último caso, la atención flotante cambia de estado para volverse agudeza investigativa, hasta tanto se reorganice lo que se deslizó bajo la fluidez de la recepción ‘en suspenso’ del discurso, en asociación más o menos libre del analizante. En esta descripción no se trata solo de nombrar la resistencia, tal como la encontramos, ante la cercanía

¹³ André Green. Humanista apasionado por la filosofía, la fenomenología, la sociología, la literatura, el teatro y la mitología, así como por la neurofisiología y la clínica. Es (fue) expresidente de la Sociedad Psicoanalítica de París y ex vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Fue profesor de la Freud Memorial Chair del University College de Londres y profesor honorario de la Universidad de Buenos Aires. *Narcicismo de vida Narcicismo de muerte* Amorrortu editores 2005.

de momentos trasferenciales activados. (Green, 2011, p.72)

Más adelante:

Cuando, al cambiar de ángulo, oigo lo que es dicho en dirección hacia mí, someto lo que acabo de oír a una iluminación, donde la conflictividad interna encuentre, en su tentativa de externalización a través de la palabra, un retorno reflexivo al sujeto que la pronuncia, transformación producida por esa publicación del pensamiento que, dirigiéndose a otro, engendra retroactivamente el eco de sus palabras en aquel que habla, según un efecto favorecido por el encuadre. La singular alteridad de la relación analítica engendra también, simétricamente, la idea de que, la causalidad que gobierna la palabra de quien habla, modifica el estatuto del destinatario del mensaje. Este, imputado como testigo o como objeto de demanda, es cambiado en el mundo interno y, sin que el analizante lo sepa, se vuelve causa del movimiento que anima su palabra. Eso es precisamente lo que yace en el fondo de toda Trasferencia. (Green, 2011, p.73)

Imágenes en la escucha Psicoanalítica: Arlow y Nieto

Cuando Arlow¹⁴ (1969, citado por Nieto¹⁵, 2008, p.59) propone un fenómeno simultáneo con la asociación libre del paciente, una especie de pensamiento visual en el analista, que contribuye a la construcción conjunta de la imagen

del pasado del paciente, manifiesta que, cada analista, tiene una capacidad diferente para la memoria visual y para la representación de la fantasía. Escribe:

Pienso, que es correcto decir, que alguna forma de pensamiento visual ocurre en la mente del analista, en la medida en que se producen las asociaciones libres de su paciente. La búsqueda conjunta, del paciente y del analista, de la imagen del pasado, es un proceso recíproco. En un sentido, nosotros soñamos con nuestros pacientes, tomando como punto de partida inicial nuestro propio almacén de imágenes. (Nieto, 2008, p.59)

Más adelante, para mostrarnos como se pueden aprovechar las imágenes en ese escuchar del psicoanalista:

Las imágenes visuales pueden aprovecharse, entonces, desde la perspectiva de Bion: Aproximarse a la evocación de estados mentales que están, hasta ahora, contenidos, como significantes, en estas imágenes. Pero, ¿cómo aprovecharlas en la sesión analítica? Propongo, que es necesario para el analista suponer, que se están produciendo en la mente del paciente y puedan, así, convertirse en material útil. Quizás considerar, también, que no sólo las ocurrencias, en términos de palabras, son bienvenidas, sino que, incluso las imágenes que aún no tienen palabra, igualmente lo sean. He encontrado que, cuando el discurso del paciente se interrumpe y genera una breve pausa, esto corresponde a la irrupción de una imagen visual, que

¹⁴ Arlow, Jacob. (1912-2004) Psiquiatra y Psicoanalista norteamericano. Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York. Presidente de la Sociedad Psicoanalítica Norteamericana en 1960. Tesorero de la A.P.I. entre 1963 y 1967. Entre los temas sobre los cuales escribió están la fantasía inconsciente y conceptos sobre la teoría estructural.

¹⁵ Psicoanalista de la Sociedad Psicoanalítica Freudiana de Colombia. Miembro Titular de la Sociedad Psicoanalítica Freudiana. Directora de Seminario del Instituto de Formación Psicoanalítica de la Sociedad Psicoanalítica Freudiana de Colombia.

valoro en el mismo sentido en el que se hace con los lapsus en la producción verbal. Podría tratarse de una imagen que se cuele para tener la oportunidad de ser analizada. Una imagen visual que podemos interrogar a través de preguntas como: ¿qué se ha dibujado en tu mente? O, ¿qué apareció ahí? De cualquier manera, para no pasar inadvertida, esa imagen requiere de alguien que se interese en ella. Lo dicho es válido, también, para las imágenes que pueden aparecer en la mente del analista. (Nieto 2008, p.51)

Este escuchar "las imaginaciones que se van imaginando", nos lleva de nuevo al escrito de Arcila, *La Actitud Interna Psicoanalítica. Variaciones sobre un tema*:

Hemos de enfatizar, que tal regla se refiere no solo al paciente sino al psicoanalista. Es un imperativo común. Del lado del paciente, la comunicación verbal de los pensamientos que se van pensando, de los recuerdos que se van recordando, de las imaginaciones que se van imaginando, de los deseos que se van deseando, de las sensaciones y sentimientos que se van sintiendo, durante la sesión con el psicoanalista.

El acento de la regla no se refiere pues, a la aparición de tales o cuales pensamientos, sino al desarrollo, al lado de las actividades críticas, del efectivo acontecer mental consciente de un comunicar atendiendo todo. (Arcila 1999, p.134)

Más adelante, describe la 'afasia sensorial' en el analista, algo así como lo 'Saturado' en el vocabulario de Bion¹⁶.

Lo mismo que en el diálogo común y corriente describimos una afasia motora y una afasia de percepción, podemos descubrir, en el diálogo psicoanalítico, una afasia psicoanalítica, que es, en el paciente, el equivalente psicoanalítico a la afasia motriz (la oposición a la regla fundamental), y en el psicoanalista, el equivalente psicoanalítico de la afasia sensorial (la oposición a la libre atención flotante). (Arcila 1999, p.135)

El analista que lo sabe todo o recuerda todo no puede aprender. Se aparta del concepto de Psicoanálisis como método de investigación del inconsciente.

Arcila hace una analogía entre el ver mediante la conversión de 'imágenes' en el ojo (lo que ocurre en la retina), con reproducir lo inconsciente del paciente en el inconsciente del analista:

No podemos dejar de pensar que las implicaciones inconscientes de los productos del hablar del paciente se reproducen en el correspondiente nivel del psicoanalista, quien los capta en sí mismo, y que originan derivados conscientes que son transformados en un entender, como la forma del objeto se reproduce en el ojo, como la realidad se reproduce en el conocer. (Arcila, 1999, p.138)

Como rasgo común en los escritos revisados, se halla una asociación entre la Escucha psicoanalítica y el trabajo mental del psicoanalista, durante esa escucha.

André Green la describe, en el siguiente fragmento, teniendo en cuenta desarrollos y modelos teóricos Freudianos y post Freudianos,

¹⁶ (Afasia: (del griego a (no) *phasia* (hablar). Incapacidad para expresarse a través del lenguaje o pérdida de comprensión verbal. Se considera completa cuando tanto el área motora como la sensitiva están comprometidas.)

y pensando en pacientes con estructuras no-neuróticas:

¿En qué consiste la Escucha psicoanalítica? Primero en entender lo que dice el contenido manifiesto de lo que se está diciendo, una precondition necesaria para todo lo que sigue. Luego, y esto es la etapa fundamental, convertir en imágenes el discurso; no solo imaginarlo, sino incluirlo en la dimensión de las imágenes, construyendo lo que haya implícito en él, en la puesta en escena del entendimiento. En el siguiente paso, el analista desata la cadena lineal en esta secuencia, al evocar fragmentos de otras sesiones: recientes (tal vez la sesión anterior), no tan recientes (hace meses) y, finalmente, las más viejas (como un sueño del principio de análisis). El analista debe ser el archivista de la 'historia del análisis' y buscar en los registros de su memoria preconsciente; con este fin, hará venir a su mente sus asociaciones, en todo momento. Tal es el telón de fondo sobre el cual el analista desarrolla su la capacidad de *rêverie*. Tal capacidad crece en el paso final, aquel de desatar, que será logrado mediante la selección y recombinación de elementos cosechados, para dar nacimiento a la fantasía contratransferencial, que se supone se encontrará con la fantasía trasferencial del paciente¹⁷. (Urribari, 2007, p.183).

Comentarios

La manera como se produjo la difusión del Psicoanálisis en la Escuela de Medicina, en Londres, hacia 1900, nos hace pensar en el humanismo de estas Escuelas. Cómo, el interés por la Sociología, la Psicología o la Antropología,

allí, en esa época, llevó a algunos galenos a leer escritos psicoanalíticos.

Los hechos acaecidos en el *University College Hospital*, nos llevan a pensar en la relación entre Psicoanálisis y Universidad. En 1918, cuando Freud escribió ¿Debe enseñarse el Psicoanálisis en la universidad?, ya se quejaba de una saturación de la formación biomédica en los estudiantes de medicina, en detrimento de las nociones de lo psíquico.

Los ejemplos que nos traen las historias de Taylor y de Trotter nos hacen pensar en los *pendant*, término entre la escucha psicoanalítica y la asociación libre, que utiliza Arcila. Así mismo, la resistencia en el hablar tiene su *pendant* en la resistencia al escuchar.

Valls, en su definición de atención, nos recuerda cómo funcionamos con dos niveles de atención durante la escucha psicoanalítica: uno libremente flotante y otro con fuerte investidura.

Freud, por su parte, nos recuerda (Consejos al Médico) nuestra tarea; el discernimiento de lo inconsciente, sin sustituir, por una propia censura, la selección que el enfermo nos resignó.

La 'ceguera artificial', término que utiliza Freud y que explica Álvarez, nos hace pensar en una escucha que, al estar despreocupada por elementos perceptibles por los sentidos, está en condiciones de captar lo que no se percibe, lo psíquico.

Bion nos previene contra los estados 'saturados', de memoria o de deseo; y su correspondiente, la 'afasia sensorial' descrita por Arcila. Es decir, la incapacidad para la escucha psicoanalítica. La sordera psicoanalítica.

Racker y Etchegoyen nos traen a la memoria, que parte de nuestra tarea es escuchar

¹⁷ La presente traducción del inglés es nuestra; de Green, 1986^o, pp.461-417.

nuestra propia Contratransferencia, como un elemento, en el diálogo psicoanalítico, para el discernimiento de lo inconsciente. Al recordarnos la definición de Contratransferencia, nos está llamando la atención hacia que, como lo afirmaba Freud, "ningún psicoanalista podría ir más lejos en el análisis de lo que le permitan sus propios complejos. Recomienda, entonces a los analistas, la profundización de sus Psicoanálisis personales, principalmente en lo que hace a estos puntos." (Valls, 1995, p.167)

A 100 años de la publicación de Consejos al Médico, Green describe la escucha psicoanalítica; en esta se percibe el interés por un emisor, un receptor y la búsqueda de un discernimiento de lo inconsciente entre ellos. Ese emisor dirige su discurso a un receptor y ese mismo hecho lo modifica. Esto es importante, porque diferencia el diálogo psicoanalítico del 'reflexionar', tanto del paciente como del analista.

Para el analista, 'la atención libremente flotante', como receptor, es un 'imperativo común', cuya contraparte en el paciente es 'la regla analítica fundamental'.

Arlow y Nieto se interesan por un elemento en particular en esa comunicación entre inconscientes: las imágenes, y su utilidad para

discernir lo inconsciente. Ya aparecía este interés en Freud desde 1893. "¿Que ha visto usted? ¿Qué se le ha ocurrido?"

Green describe un modelo de escucha psicoanalítica (2007) pensando en pacientes con estructuras *borderline*, que han dado en llamar no-neuróticas, en el libro publicado por la A.P.I en 2007.

Este artículo nos lleva a pensar en nuestros obstáculos para la escucha. ¿Dónde está nuestra atención? (Es decir, nuestra 'energía libidinal del Yo', según la definición de Valls) ¿Está puesta en las ocurrencias del paciente o no? ¿Qué nos impide, escuchar? ¿Cuáles son los conflictos internos que surgen en nosotros en esa sesión? ¿Qué despierta el paciente en nosotros: recuerdos, actitudes, deseos? ¿Qué significa este paciente para nosotros, en este momento, a quién nos recuerda?

Este artículo de reflexión es una invitación a revisarnos en nuestra tarea de Escucha. Lo que nos mantiene atentos, escuchando al otro es nuestra libido, investida en el otro. (La Atención, por definición, es energía libidinal del Yo). Mediante la Atención se crea, entre paciente y analista, un vínculo libidinal que permite realizar la tarea del análisis.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, B. (1996). *La Interpretación Psicoanalítica*. Bogotá, Colombia: Editorial Grijalbo.
- Arcila, G. (Marzo 1999). La Actitud Interna psicoanalítica. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 24, (1), 134-137.
- Arcila, G. (Marzo 1999). El Psicoanálisis y el Método Científico. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 24, (1), 123.
- Bion, F. (1995). The Days of our Lives. En *The Journal of the Melanie Klein & Object Relations Journal*, 13, (1).
- Bion, W. (1985). *All my sins remembered another part of life and The other side of The Genius*, London, England: Karnac Books.
- _____. (1991). *The Long Weekend 1897-1919 Part of Life*, London, England: Karnac Books.
- Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Madrid, España: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1893). Estudios sobre la Histeria. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.
- _____. (1901). Sobre el sueño. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____. (1905). Análisis Fragmentario de un caso de histeria. En *O. C.*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____. (1911). El uso de la Interpretación de los sueños en Psicoanálisis. En *O. C.*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *O. C.*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Green, A. (2011). *Ideas Directrices para un Psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- _____. (2007). *Resonance of Suffering, Countertransference in Non-Neurotic Structures*. London, England: The International Psychoanalytical Association.
- Jones E. (1959). *Free Associations Memories of a Psychoanalyst*. New York: Basic Books.
- _____. (1979). *Vida y Obra de Sigmund Freud*. Ediciones Horme, 3ª edición, traducción de Mario Carlisky.
- López, R. (2002). *Diccionario de la Obra de Wilfred R. Bion*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Nieto, M. I. (Julio-Diciembre, 2008). Las imágenes visuales en el proceso analítico. En *Psicoanálisis Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, XX, (2) ,51-61.
- Pilcher R. S. (Agosto 1973). Wilfred Trotter, F.R.S., F.R.C.S. En *Annals of the Royal College of Surgery in England*; 53, (2), 71-83.
- Rosen, I. B. (Agosto 2006). Wilfred Trotter: surgeon, philosopher. En *Canadian Journal of Surgery*; 49, (4), 278-280.
- Valls, J.L. (1995). *Diccionario Freudiano*. Madrid, España: Julián Yebenes.