

La inspiradora escritura de Erich Fromm¹

Sandra Buechler, Ph.D.²

New York, USA

En este trabajo se reflexiona acerca del impacto que la obra de Erich Fromm ha tenido en el psicoanálisis interpersonal y relacional, a partir de las experiencias de Sandra Buechler en combinación con otras influencias como la de H.S. Sullivan, entre otros.

Palabras clave: Erich Fromm

This paper reflects on the impact that the work of Erich Fromm has had on interpersonal and relational psychoanalysis, based on the experiences of Sandra Buechler in combination with other influences such as H.S. Sullivan, among others.

Key Words: Erich Fromm

English Title: Erich Fromm' inspiring writing

Cita bibliográfica / Reference citation:

Buechler, S. (2023). La escritura inspiradora de Erich Fromm. *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (1): 63-84. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2023.170105

PRIMERA PARTE

Erich Fromm fue el maestro de mi analista, mis supervisores y mis profesores en el Instituto W.A. White, donde estuve en formación de 1979 a 1983. Todo lo que he leído y escuchado sobre Fromm me indica que tuvo un profundo impacto en la generación de analistas justo anterior a la mía. Murió en 1980, pero no vivía en los Estados Unidos, así que nunca lo conocí personalmente. Pero estaba vívidamente presente en mi imaginación. En esta charla, trataré de comunicar por qué ha tenido un impacto tan profundo en mí y en tantos otros, principalmente a través de pasajes de sus escritos.

¹ Sandra Buechler intervino en *Ágora Relacional* en Madrid, el 18 de octubre de 2022, para los asistentes al programa de formación de psicoterapeutas y los miembros del Instituto de Psicoterapia Relacional. Traducción castellana de María Hernández Gázquez y Alejandro Ávila.

² Sandra Buechler, Ph.D. (New York) es Analista Didacta y Supervisora en el William Alanson White Institute. Supervisora en el Programa postdoctoral y de Residentes del Columbia Presbyterian Hospital, así como en el Institute for Contemporary Psychotherapy. Entre sus obras: *Valores de la Clínica: Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico* (2004, 2018); *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes: Experiencia emocional en el contexto terapéutico* (2008, 2015); *Permanezco ejerciendo: Las alegrías y angustias de una carrera clínica* (2012); *Comprendiendo y tratando pacientes en Psicoanálisis Clínico: Lecciones desde la Literatura* (2015); *Reflexiones psicoanalíticas. Formación y práctica* (2018), *Psychoanalytic approaches to problems in living* (2019); *Poetic Dialogues* (2021).

Muy brevemente, Erich Pinchas Fromm nació en Frankfurt el 23 de marzo de 1900, hijo de Naphtali y Rosa. Naphtali fue el jefe de una sección de la Sociedad Hermann Cohen, un grupo dedicado al estudio de un filósofo neokantiano. Su padre quería que Fromm fuera rabino, y durante su adolescencia, Fromm estudió con rabinos eminentes que también estaban versados en filosofía, socialismo y jasidismo (Burston, en Cortina y Maccoby, 1996, p. 416). Fromm se vio profundamente afectado por los terribles eventos de la 1ª Guerra Mundial y sus ruinosas secuelas, lo cual encendió una pasión de por vida por comprender la destructividad humana. A la edad de 22 años obtuvo su doctorado en sociología. Su disertación fue sobre las funciones de la ley talmúdica en diferentes comunidades judías. A los 24 años Fromm conoció a Frieda Reichmann, quien se convertiría en su analista y, más tarde, brevemente, en su esposa. Ella influyó en él para que realizara un análisis didáctico en Munich, seguido de un año de estudio en Frankfurt y dos años más en Berlín con Hans Sachs y Theodor Reik. En 1927 fue nombrado Director de Psicología Social en el Instituto de Investigación Social de Frankfurt, y realizó un estudio sobre las tendencias profascistas en los trabajadores alemanes. Debido a que se avecinaba la 2ª Guerra Mundial, Fromm se fue a Nueva York en 1933 y estableció allí su práctica clínica. Fromm se vio inmerso en disputas/discusiones con los principales marxistas y con el psicoanálisis freudiano, incluidas las famosas batallas con Adorno y Marcuse. De 1946 a 1950, Fromm fue el director clínico del Instituto White. Él y su segunda esposa, Henny Gurland, se mudaron a México con la esperanza de que mejorara la artritis reumatoide de Henny. Gurland murió, pero Fromm continuó en México, ya fundó el Instituto Mexicano de Psicoanálisis. En 1953, Fromm se casó por tercera vez con Annis Freeman. En 1967 partieron de México hacia Locarno, Suiza, con la esperanza de mejorar su propia condición cardíaca. Fromm sufrió numerosos ataques cardíacos y otras enfermedades, muriendo el 18 de marzo de 1980, cinco días antes de cumplir 80 años. Fromm estudió muchos campos, como el marxismo, el budismo, la meditación, el arte asiático, la antropología, la genética y la neurofisiología, entre otros. Sus escritos de gran alcance y extremadamente populares incluyeron sus obras más conocidas, *Miedo a la Libertad* (1941), *La sociedad sana* (1955), *El arte de amar* (1956), *La anatomía de la destructividad humana*, (1973) y muchas más.

A lo largo de su vida, Fromm no rehuía la controversia y trabajó incansablemente para definir su visión de la condición humana.

Permítanme comenzar esta discusión sobre la influencia de Fromm con una historia (relato). Yo aún era candidata en el Instituto. Fui una de las últimas en recibir una beca que requería que trabajáramos en la clínica del Instituto durante 20 horas a la semana. Una de las pacientes que me asignaron era pobre (carecía de recursos), y sufría de distrofia muscular, y estaba confinada a una silla de ruedas y, con el paso del tiempo, me di cuenta, que estaba deprimida y con tendencia suicida. La llamaré Mary. Mi supervisor en este caso fue Philip Bromberg. Las sesiones con Mary me parecieron increíblemente difíciles. Estaba muy

preocupada por la posibilidad de que Mary se suicidara. No habría sido difícil, en cierto modo, porque su frágil salud le exigía dedicar un tremendo esfuerzo a mantenerse con vida. (Estoy omitiendo algunos detalles, por confidencialidad).

Pero mi dificultad iba más allá de esta legítima preocupación. Tuve dificultades con la rabia (ira) de Mary hacia mí, y su envidia y celos. Como ella lo expresaba amargamente, "¿Por qué tienes tu dos buenas piernas, y a cualquier hombre que quieras, y yo estar atrapada en una silla, sin nadie que quiera compartir mi vida discapacitada?" Encontré el odio extremo de Mary muy difícil de soportar. Entre otras etiquetas, me llamó TAB - que significa temporalmente sin discapacidad. Ella esperaba que yo pronto sufriera de algún tipo de discapacidad y me advertía que mi capacidad de funcionamiento no duraría para siempre.

Estaba en una posición muy difícil. Para mí era difícil tratar con alguien tan enojado conmigo. No es una de mis fortalezas. Reconocer mi propia necesidad de que los demás me vean como buena fue parte de mi continuo autoexamen, tanto durante mi análisis como con mis supervisores. Durante las clases y con algunas lecturas (especialmente del trabajo de Larry Epstein) reforzaba mi creencia de que, si Mary dirigía su ira hacia sí misma, en lugar de hacia mí, podría volverse aún más peligrosamente suicida. No quería que ninguna respuesta mía precipitara el que se viera a sí misma como "la mala". Si una de nosotras tenía que ser la mala, parecía mucho más seguro que lo fuera yo, sin importar lo doloroso que esto era para mí.

Philip Bromberg apoyaba totalmente el trabajo que yo estaba haciendo, y era mucho más optimista sobre Mary que yo. Tal vez él también era más optimista sobre mí que yo. Fue indefectiblemente amable conmigo.

Pero luego llegó uno de los desafíos más cruciales de mi carrera. El director del instituto me ordenó que dejara de ver a Mary de inmediato. Estaba enfurecido porque la clínica no había recibido el pago que le correspondía de Medicaid (compañía estatal de seguridad social) por su tratamiento. Además, me dijo que yo debía pagar lo que se le debía a la clínica de mi propio bolsillo. Nunca olvidaré su desprecio hacia mí cuando me dijo: "Crees que puedes almorzar gratis. No hay tal cosa como un almuerzo gratis" (1). Lo que quiso decir con eso fue que estaba recibiendo crédito para mis 20 horas por la beca, por ver a Mary, pero la clínica no estaba recibiendo el dinero que se debía. Entonces, en su opinión, yo me estaba aprovechando el sistema.

Ahora tenía a dos personas totalmente enfurecidas conmigo: ¡A mi paciente Mary, y al director del Instituto! En esa época yo no tenía mucho dinero, así que no veía cómo podría pagar las cuentas de Mary. Para aumentar la dificultad, Phil, mi supervisor, me dijo que no podía dejar de ver a Mary, debido a su precaria condición emocional.

Para mí fue muy importante la validación de Phil de mi propia opinión profesional. Yo pensaba que no era correcto dejar de ver a Mary. Aparte del aspecto que Phil señaló sobre su posible suicidio, también sentí que Mary experimentaría mi finalización del tratamiento como una represalia por cómo me estaba tratando. Pensé que inevitablemente sería un mensaje destructivo para ella, que su ira, efectivamente, habría eliminado los sentimientos positivos que también teníamos, y me habría derrotado, y destruido el tratamiento.

Así que allí estaba, aún una candidata, con mi supervisor diciéndome que tenía que seguir viendo a Mary, mi propia conciencia diciéndome lo mismo, y el director del Instituto² prohibiéndome verla.

Pensé, muy seriamente, en dejar la formación y ver a Mary como paciente privada. También visité a Cal Izard en Delaware, para tantear que, si dejaba Nueva York, podría volver a escribir con él (como hacía antes de mudarme a Nueva York para continuar con mi formación). Fue, como siempre, extremadamente acogedor. Esbozamos un libro de texto que podríamos escribir juntos.

Consideré esta opción, aunque dejar Nueva York significaría dejar a Mary, y a muchos otros pacientes, así como a otros en mi vida y mi formación. Hasta ese momento, la mayoría de mis experiencias durante la formación habían sido muy constructivas, aunque desafiantes a veces. Estaba especialmente agradecida por el trabajo con mi primer supervisor analítico, Ralph Crowley, sobre quien he escrito en otro lugar (2017).

Decidí quedarme y tratar de luchar por el tratamiento de Mary. Fui a la administradora de la clínica y le conté toda la historia. Ella abordó el tema con el director de la clínica, y se llevó a cabo una reunión. Como era habitual, al menos en esa época, no me invitaron a la reunión, pero estaban el director del Instituto, la administradora y director de la clínica, así como otros profesores. Decidieron que debía seguir tratando a Mary, a pesar de las objeciones del director del Instituto. Como nota al margen, meses después se descubrió que la secretaria que se suponía debía presentar las facturas a Medicaid nunca las presentó. Fueron encontradas en su escritorio después de ser despedida. Es por eso que a la clínica no se le pagó. No tenía nada que ver conmigo.

En retrospectiva, quiero agregar que los duros comentarios del director, sobre que la comida gratis no existe, encajan con el entorno político de los Estados Unidos en la década de los 80. Este fue un momento que pasará a la historia como una de nuestras épocas más punitivas hacia los pobres en los Estados Unidos. Los ideales de la derecha política denunciaban a las "reinas del bienestar", lo que significa que los republicanos asumían que las mujeres pobres elegían no trabajar y querían vivir de los subsidios del gobierno. Ronald Reagan (presidente de los Estados Unidos, 1981-1989) estaba tomando el relevo del pensamiento de la era, con su idealización de "ahogar al gobierno en una bañera". Esta frase

significaba hacer que el gobierno fuera tan pequeño y débil que pudiera ser eliminado fácilmente. La ideología era que, si eras pobre, era porque eras perezoso. La sociedad no debería alentar a las "reinas del bienestar" a vivir de los buenos estadounidenses que trabajan para ganarse la vida. Este pensamiento de derecha dictó políticas que recortaron programas de ayuda a las personas necesitadas, etiquetándolas como "demasiado gobierno". Asumió que depender de un programa de gobierno era un signo de debilidad y exceso de derechos egoístas. Por lo tanto, cuando el director me lanzó el "No hay tal cosa como un almuerzo gratis" (la comida gratis no existe), estaba en sintonía con el espíritu de los Estados Unidos. Recientemente, y lamentablemente, hemos visto un resurgimiento de este tipo de pensamiento en mi país. La frase en la estatua de la Libertad en el puerto de Nueva York, "*dame tus cansados, tus pobres, tus masas apiñadas que anhelan ser libres*" suena tan horriblemente irónica cuando leemos en el periódico sobre niños que en nuestra frontera del sur se meten en jaulas porque sus padres se atrevieron a esperar obtener una oportunidad para abrirse camino en este país. ¡Es vergonzoso!

En ese momento, así como ahora, doy crédito a la escritura de Erich Fromm por inspirarme a tener la fuerza para persistir. Cuando llegué a la formación, elegí deliberadamente a mi analista, supervisores y algunos de mis profesores, basándome en si habían trabajado directamente con H.S, Sullivan y Erich Fromm. Intuitivamente sabía que esta combinación de ancestros psicoanalíticos sería una buena base para mi desarrollo como analista.

En retrospectiva, creo que lo que estaba leyendo en el trabajo de Erich Fromm, así como los valores de Fromm de mi analista, supervisores y profesores, sostuvieron mi lucha por continuar el tratamiento con Mary. Estos son algunos de los principios básicos de Fromm:

Para Fromm la agresión no es un impulso/pulsión innata, sino, más bien, "El hombre busca el drama y la emoción; cuando no puede obtener la satisfacción en un nivel superior, crea para sí mismo el drama de la destrucción". (1973, *La anatomía de la destructividad humana*). Por lo tanto, cuando Mary me atacó, pude (normalmente) escucharlo no como una esencia agresiva innata en ella, sino, más bien, como respuesta al sentir frustrada su capacidad de tener una buena vida. En esencia, el objetivo terapéutico se convirtió en ayudarla a sentirse capaz de una vida plena y confiar en que así dejaría de sentir tanta ira.

Aquí hay algunas otras declaraciones de Fromm que encuentro clínicamente aplicables y valiosas:

1. *¿Según Fromm cuáles son las necesidades básicas y primarias del ser humano y la esencia del ser humano?*

"El dinamismo de la naturaleza humana, en la medida en que es humana, tiene sus raíces principalmente en esta necesidad del hombre de expresar sus facultades en relación con el mundo más que en su necesidad de utilizar el mundo como un medio para la satisfacción de

sus necesidades fisiológicas. Esto significa: porque tengo ojos, tengo la necesidad de ver; porque tengo oídos, tengo la necesidad de oír; porque tengo una mente, tengo la necesidad de pensar; y porque tengo un corazón, tengo la necesidad de sentir. En resumen, porque soy un hombre, necesito al hombre y al mundo". (Fromm, *La revolución de la esperanza*, 1968, p.72).

2. *¿Qué impulsa a los seres humanos? "Sin amor, la humanidad no podría existir por un día más."* (Fromm, *El arte de amar*, p.17).

"... también hay ciertas cualidades psicológicas inherentes al hombre que necesitan ser satisfechas y que conllevan ciertas reacciones si se frustran. ¿Cuáles son estas cualidades? Lo más importante parece ser la tendencia a crecer, a desarrollar y realizar potencialidades que el hombre ha desarrollado en el transcurso de la historia, como, por ejemplo, la facultad de pensamiento creativo y crítico y de tener experiencias emocionales y sensuales diferenciadas. (Fromm, Apéndice de "*Miedo a la Libertad*", 1941, p.5).

3. *¿Cómo entiende Fromm la experiencia inconsciente?*

"Si uno utiliza el término 'represión' como generalmente lo utiliza Freud y como se utiliza en la literatura analítica, uno piensa principalmente en algo que fue consciente y luego fue reprimido. Mientras que en mi concepción me refiero a lo que no es consciente, es decir, tanto a lo que ha sido consciente, como a lo que nunca ha sido consciente. Por lo tanto, tal vez, sería mejor utilizar el concepto "disociación", en lugar de "represión", porque en el concepto "disociación" uno puede comprender más fácilmente ambos: lo que ha surgido y lo que no ha surgido en la conciencia". (Fromm, en *The Clinical Erich Fromm: Personal Accounts and Papers on Therapeutic Technique*" Editado por Rainer Funk, 2009, artículo sobre "Estar centralmente relacionado con el paciente" p.7).

"... nuestra mente consciente representa principalmente nuestra propia sociedad y cultura, mientras que nuestro inconsciente representa al hombre universal dentro de cada uno de nosotros". (Fromm, "*El corazón del hombre*" 1964, p.93)

"... el inconsciente no se concibe como un lugar con un cierto contenido, sino como una función. No existe tal cosa como el inconsciente. Sólo existe la función de "ser consciente" de la realidad que existe dentro o fuera del hombre. (Fromm, "Mi propio concepto del hombre", (1969/2013, pp. 3-4).

"La admisión de ciertos contenidos de la experiencia a la conciencia está, en primer lugar condicionada socialmente y sólo marginalmente por las experiencias individuales de la infancia. Esto es así porque una experiencia es admitida a la conciencia sólo si puede pasar a través del filtro social". Fromm, "*Mi propio concepto del hombre*" (1969/2013, p.4).

4. *¿Para Fromm los seres humanos son inherentemente buenos, o malos, o ninguno de los dos?*

"... creemos que ideales como la verdad, la justicia, la libertad, aunque a menudo son meras frases o racionalizaciones, pueden ser esfuerzos genuinos, y que cualquier análisis que no se ocupe de estos esfuerzos como factores dinámicos es falaz". (Fromm, Apéndice de "Miedo a la libertad" 1941, p. 8).

5. *¿Cuál es la concepción de Fromm sobre cómo la sociedad da forma al carácter individual?*

(la familia) "transmite al niño lo que podemos llamar la atmósfera psicológica o el espíritu de una sociedad simplemente por ser como son, es decir, representantes de este mismo espíritu. Por lo tanto, la familia puede ser considerada como el agente psicológico de la sociedad". (Fromm, Apéndice a *Miedo a la Libertad*, 1941, p.5).

6. *¿Cómo define Fromm la salud psicológica?*

"De hecho, debemos tomar conciencia para elegir el bien, pero ninguna conciencia nos ayudará si hemos perdido la capacidad de ser conmovidos por la angustia de otro ser humano, por la mirada amistosa de otra persona, por el canto de un pájaro, por el verdor de la hierba (Fromm, 1964, "El corazón del hombre: Su genio para el bien y el mal", p. 150). Exploro esto más a fondo en la segunda parte de mi charla de hoy.

7. *¿Cómo entiende Fromm la acción terapéutica?*

"Entonces no pienso en mí mismo, entonces mi Ego no se interpone en mi camino. Pero sucede algo completamente diferente. Hay lo que yo llamo una relación central entre él y yo. Él no es una cosa allá al que mire, sino que él me confronta completamente y yo lo enfrento completamente, y de hecho no hay forma de escapar". (Fromm, en *The Clinical Erich Fromm: Personal Accounts and Papers on Therapeutic Technique*" Editado por Rainer Funk, 2009, artículo sobre "Estar centralmente relacionado con el paciente" p.18).

(Lo que cura) "No es una interpretación que describe al paciente como un objeto con varios defectos, y explica su génesis, sino que es una comprensión intuitiva. Se lleva a cabo primero en el analista y luego, si el análisis ha de tener éxito, en el paciente. Esta comprensión es repentina; es un acto intuitivo para el cual pueden prepararse muchas percepciones cerebrales, pero que nunca podrán ser reemplazadas por ellas". (Fromm, 1963, 'El dogma de Cristo' citado en Burston, pp. 81-82).

8. *¿Cómo entendió Fromm los objetivos del tratamiento?*

"Experimentar mi inconsciente significa que me conozco como ser humano, que sé que llevo dentro de mí todo lo que es humano, que nada humano me es ajeno, que conozco y amo al extraño, porque he dejado de ser un extraño para mí mismo. La experiencia de mi inconsciente es la experiencia de mi humanidad, que me permite decir a cada ser humano:

'Yo soy tú'. Puedo entenderte en todas tus cualidades básicas, en tu bondad y en tu maldad, e incluso en tu locura, precisamente porque todo esto también está en mí". (Fromm, *"Humanismo y psicoanálisis"*, 1963, p.7).

9. *Para Fromm, ¿cuáles son los requisitos para ser analista? ¿Quiénes debemos ser o no ser?*

"No entiendes a una persona a menos que sepas que la vida es paradójica y, por lo tanto, tienes que pensar paradójicamente para entenderla ... ¿Me experimento a mí mismo, al mismo tiempo, (y al mismo sujeto, yo) como completamente único, y tan completamente no único, tan completamente como "yo" y tan completamente como lo que comparto con cada ser humano? (*"Estar relacionado centralmente con el paciente"*, reimpresso en Funk, 2009, p.10).

"Cuando vengas a mí, estaré completamente abierto a ti, y responderé con todos los acordes en mí que son tocados por los acordes en ti mismo. Eso es todo lo que podemos prometer, y esa es una promesa que podemos cumplir". Fromm, 2009, pp.26-27.

10. *¿Cómo cree Fromm que debe funcionar la sociedad?*

(En la sociedad sana, cuerda) "ningún hombre es un medio para los fines de otro, sino siempre y sin excepción un fin en sí mismo; donde nadie es utilizado, ni se usa a sí mismo, para fines que no son los del despliegue de sus propios poderes humanos; donde el hombre es el centro, y donde todas las actividades económicas y políticas están subordinadas a la meta de su crecimiento". (Funk, citando a Fromm, en *"Erich Fromm: The Courage to be Human"* (1982, p.78).

Me encontré por primera vez con Fromm cuando era estudiante universitaria, y sus ideas se afianzaron más en la escuela de posgrado y en mi carrera posterior. Desde que escribí mi libro sobre *"Valores de la Clínica"* (2004) me he interesado en cómo cada teoría analítica prepara al clínico para el tratamiento. Es decir, creo que cada teoría aporta fortalezas intelectuales y emocionales algo distintas. En 1988, Friedman (p.87) preguntó: "¿Cómo afecta al terapeuta el sostener esta idea?" Creo que es una excelente pregunta para aplicar a todos los puntos de vista teóricos. Dado que discutí este tema extensamente (2004) no entraré en detalles aquí, excepto para decir que, basada en mi propia formación y experiencia, Sullivan puede proporcionar un claro sentido de dirección y un sentimiento de competencia. "Crecí", analíticamente hablando, con la idea de que el tratamiento tiene fases, incluida una configuración de marco inicial, luego una recopilación de la historia, después de lo cual el clínico se involucra en una "investigación detallada" sobre la experiencia interpersonal del paciente, eventualmente seguida de una fase de terminación. Aprendí pautas para el enfoque del analista, incluido el registro minuto a minuto de los cambios en el nivel de ansiedad del paciente. La tarea del clínico se puede definir, describir y, en diferentes grados con diferentes pacientes, ser alcanzado. Incluso el principiante puede aprender a

anotar, si no inspirar, un historial completo. El espíritu humanitario es inherente a Sullivan (todos somos más humanos que otra cosa) y un potencial para que el clínico se sienta esperanzado y confiado.

Por otro lado, Fromm enciende una apasionada dedicación a la tarea de alentar la "biofilia", o el amor a la vida, a que triunfe sobre la pulsión "necrófila". Fromm ha sido criticado por a veces permitir que el profeta en él eclipse al analista (Maccoby, 1996). Pero modeló e inspiró un gran celo por vivir la vida plenamente. Aunque nunca lo conocí personalmente, yo misma puedo sentir el fuego, cuando lo leo o escucho a sus seguidores. Él nos anima a luchar por la libertad, la autorrealización, la valentía y la integridad en nosotros mismos y en nuestros pacientes.

Otra nota al margen sobre la historia de mi trabajo con Mary. Cuando estaba casi abrumada por las presiones contradictorias, mi analista didacta me recibió en la puerta cuando llegué a nuestra cita habitual. Esto, en sí mismo, era muy inusual. Me dijo que en lugar de la sesión quería llevarme a almorzar. Me quedé asombrada. Durante el almuerzo, me dijo que pensaba que yo tenía razón al continuar mi tratamiento de Mary, y que debía seguir luchando por continuarlo. Debo señalar que, aparte de que este evento no tenía precedentes en el marco de nuestro tratamiento analítico generalmente convencional. Además, esto tuvo lugar a pesar de que ella llevara muchos años como compañera/colega del director del instituto. Realmente no sé nada sobre su relación, pero, hasta donde yo sabía, siempre había sido de apoyo. Lo que sí sé es que su lealtad habitual a los límites analíticos y al marco hizo que esta salida de los límites fuera extremadamente significativa para mí. Su enérgica voluntad de tomar una posición, su libertad, su creencia en que podríamos analizar posteriormente su impacto en nuestro trabajo, me infundieron la convicción sobre tener integridad como analista. Esto llegó a significar, para mí, que nuestras acciones deben coincidir con nuestros valores declarados, deben estar en consonancia con ellos. Todo lo que hacemos, o dejamos de hacer, expresa nuestros valores: cómo decoramos nuestros despachos, saludamos a los pacientes, terminamos las sesiones, lidiamos con las cancelaciones, cobramos tarifas, tomamos vacaciones, luchamos por reprogramar citas perdidas, trabajamos para recordar historias, reflexionamos sobre nuestra propia participación, asumimos la responsabilidad de nuestros propios errores y limitaciones, invertimos esfuerzo en nombre del tratamiento. Todo, pero, quizás, sobre todo, nuestro grado de compromiso, la calidad de nuestra presencia en la sala.

Más que cualquier otro escritor, Erich Fromm me ayudó a aceptar mi propia naturaleza apasionada y a esforzarme por usarla como una fortaleza en mi trabajo clínico. Él me guio en mi esfuerzo de toda la vida para refinar mi propia voz clínica, para desarrollar y expresar un

punto de vista que esté en consonancia con lo que soy como ser humano. Fromm una vez definió el objetivo del tratamiento para el paciente como el acercamiento a sí mismo. Como analista, y como ser humano, ese es el objetivo para mí también.

SEGUNDA PARTE: ¿QUÉ ES LA SALUD?

En esta segunda parte de nuestro seminario, pregunto cómo cada uno de nosotros pensamos sobre la salud psicológica y sugiero con algunas ilustraciones clínicas, cómo nuestros puntos de vista sobre la salud pueden afectar nuestro trabajo con los pacientes. Sin un concepto de salud, no tendríamos idea de lo que estamos buscando en el tratamiento. En otra parte (1999) escribí sobre mi lucha con el concepto de neutralidad analítica. Nos gustaría creer que podemos seguir completamente los objetivos del paciente en sí mismos, sin tener una visión separada sobre la salud. Pero no creo que podamos hacer eso por completo, porque alguna concepción sobre la salud da forma a cómo escuchamos el material, seamos o no conscientes de ello. La teoría inevitablemente da forma a nuestro *enfoque*. Entonces, creo que es mejor saber conscientemente cómo cada uno de nosotros piensa sobre la salud, de dónde provienen estas ideas y cómo afectan nuestro enfoque en las sesiones y nuestra comprensión de lo que ayudará a nuestros pacientes.

Permítanme explicar esto un poco más. He llegado a creer que nuestra atención es nuestra intervención más impactante. Los clínicos se enfrentan a una gran selección de enfoques potenciales en cada momento de cada hora. La concepción de William James de la mente como un teatro de posibilidades simultáneas (discutida en Izard, 1977, p.134) me parece una caracterización adecuada de la miríada de opciones que presenta una sesión. No hay forma de ponerlos en primer plano a todos. Por ejemplo, podemos preguntarnos si debemos centrarnos en alguna oración en particular y resaltar su similitud con algo que el paciente dijo anteriormente. ¿Deberíamos hacer una pregunta sobre esa frase? ¿Podríamos pensar en ello como algo defensivo? ¿Debemos asumir que revela procesos subyacentes e inconscientes, y escuchar la evidencia de lo que se está defendiendo? Cualquier cosa en la que nos enfoquemos, o a la que quitamos la atención, expresa lo que creemos que es más significativo, en el trabajo del paciente hacia una mayor salud. Como ejemplo, el clínico que destaca las emociones del paciente está haciendo una declaración (a menudo tácita) sobre la importancia de los sentimientos en el funcionamiento saludable. Este énfasis no articulado puede tener un impacto aún mayor que una interpretación verbalizada porque a menudo pasa desapercibido, por lo que es poco probable que sea cuestionado. Puede ser el mensaje implícito, pero, sin embargo, más significativo de muchas sesiones.

Explicaré algunas concepciones sobre la salud e ilustraré cómo podrían afectar el trabajo clínico. Mientras lo hago, les pido que piensen en sus propias concepciones sobre la salud, de dónde provienen y cómo podrían afectar su trabajo.

1. Erich Fromm

En la primera parte cité a Fromm, en una de sus expresiones sobre la salud. Aquí hay una declaración más larga sobre el tema. Para Fromm la salud es una *ausencia relativa de disociación*. Generalmente prefería usar el término disociación, en lugar de represión, para aquello que no es consciente. En su artículo, "Estar centralmente relacionado con el paciente" (citado en Funk, 2009, p.7) Fromm explica que lo reprimido se refiere a lo que era consciente y ahora no lo es. Por el contrario, lo disociado puede referirse a lo que fue consciente y lo que nunca fue consciente. Por lo tanto, es un término más inclusivo, que permitió que la versión de Fromm del inconsciente incluya lo que una sociedad en particular filtra fuera de la consciencia de los miembros. El concepto de "filtro social" distingue el pensamiento de Fromm de otras teorías.

¿Cómo podría esta visión de la salud afectar el trabajo del clínico?

Para ilustrar el impacto de esta visión de la salud, les presento a Carol, una paciente que atendí durante muchos años. Inicialmente, entró en tratamiento debido a su depresión e ideación suicida. Se acercaba a la mediana edad, estaba a punto de casarse y tenía un trabajo profesional estable. Carol había llevado una vida bastante convencional, aunque, como fui aprendiendo, su vida familiar temprana estaba lejos de ser convencional. De lo que era consciente era del temperamento explosivo de su padre, la depresión de su madre y su propio miedo a su padre. Durante el primer período del tratamiento, exploramos su historia infantil y las peleas de sus padres y finalmente su divorcio, la violencia de su padre hacia su madre y su comportamiento ligeramente sexualizado hacia Carol. No había recuerdo de trauma sexual real, sino, más, insinuaciones verbales. El padre era un veterano muy guapo de la Segunda Guerra Mundial, con un historial laboral muy limitado. La madre había forjado una carrera profesional y empresarial, con gran determinación. Había trabajado duro, para que Carol, su única hija, pudiera crecer en un vecindario seguro de clase media e ir a buenas escuelas.

Cuando conocí a Carol, el problema con el que se presentaba era principalmente su depresión, sin un plan suicida, pero con una buena cantidad de ideación, como fantasías de conducir su automóvil hacia una zanja o un árbol. Carol consideraba a su madre como su salvadora, y sus sueños y pensamientos diurnos a menudo involucraban a mujeres

victimizadas y hombres agresivos y peligrosos. Pasamos muchos años explorando estos legados de su vida temprana. Sus temores sobre lo que sucedería en su propio matrimonio parecían comprensibles, dado su pasado. Carol llevaba una vida social muy limitada, y a menudo estaba consumida por la ansiedad de ser despedida de su trabajo, aunque no había evidencia de que realmente estuviera en peligro de ello.

Carol fue muy obediente conmigo, siempre a tiempo para las sesiones, tumbada en el diván, tres veces a la semana, durante muchos años. Recorría un largo camino para llegar hasta mi despacho y, durante muchos años, no se quejó de eso. Ella aceptaba cualquier cambio de horario que necesitara hacer y, por lo general, recuperaba las sesiones que nos perdimos. Ella me daba regalos navideños muy pensados, con expresiones extremadamente agradecidas en las tarjetas adjuntas. En resumen, era una paciente modelo.

No fue difícil ver su identificación con su madre deprimida. De hecho, parecía inevitable que se identificara con ella. Fue a través de ver lo limitada que era su vida social, que comenzamos a pensar en el aspecto problemático de su relación con su madre. Juntas nos dimos cuenta de lo mucho que Carol había tenido que cuidar psicológicamente de su madre, cuánto hizo para mantener el ánimo de su madre, lo aterrorizada que estaba de que su madre la dejara o se suicidara, cuánto tiempo de su adolescencia la pasó, no desarrollando habilidades sociales con sus compañeros, sino, más bien, haciendo compañía a su madre.

Lo que al principio estaba disociado, era que Carol había tenido que hacer compañía a su madre en la cama, así como durante el día. Carol había puesto fin a este comportamiento en su adolescencia. Como mucho entrelazaban sus piernas, pero el padre de Carol se apresuró en etiquetar este comportamiento como perverso. Como siempre, Carol se ponía del lado de su madre.

Pero nada de esto estuvo presente en sus pensamientos durante los primeros años de nuestro trabajo. Creo que algunos aspectos suyos encajan en la concepción de la disociación de Fromm. Es decir, algunas partes de la experiencia eran ciertamente conscientes, en el momento en que estaban sucediendo. Pero, en parte debido a lo que la sociedad nos dice que no pensemos de nuestras madres, es probable algunos aspectos no hayan sido conscientes hasta que los exploramos en tratamiento. Ayudé a Carol a ver lo que había pasado con su comprensión adulta, al estar yo abierta a ver lo que estaba allí, independientemente de si se ajustaba o no a la visión de Carol de toda su vida, de su padre como el agresor y su madre como una víctima. Carol pudo ver lo prejudicial que había sido el uso que su madre hacía de ella como pareja sustituta. Exploramos cómo afectó a sus expectativas de su esposo, cómo limitó su libertad sexual y cómo le enseñó a temer ser controlada por otras mujeres. Inevitablemente, esto redujo en gran medida su vida social y,

por supuesto, afectó la transferencia. En muchos sentidos, Carol trató de ponerme en el lugar que ella había ocupado. Es decir, ella trató de que yo tomara su lado (el lado de la mujer) contra su marido (el lado del padre). A medida que esto yo lo iba interpretando, Carol se hacía más consciente de su miedo de mi control sobre ella. Nunca haría algo que perturbara nuestra relación, debido a su gran necesidad de mí.

Nuestro trabajo fue incrementando en complejidad, al ir examinando juntas mi papel en algunas de las situaciones triangulares entre Carol, su marido y yo. Por ejemplo, cuando a Carol le parecía peligrosa alguna situación en el trabajo, solicitaba mi consejo y el de su marido, para luego enfrentarnos a mí y a su marido, indistintamente de lo que percibiera que pensaba cada uno. Para luego repetir su propio papel, de estar aterrorizada por ofender a cualquiera de nosotros.

A medida que todo esto sucedía, Carol, quien afortunadamente tenía un poderoso impulso por una vida mejor, exploró sus sentimientos en el tratamiento. Creo tiene valor pensar en que la salud de Carol dependía de que fuera consciente de aquello que había disociado. Ciertamente, ciertos aspectos individuales de su vida infantil habían jugado un papel importante en su necesidad de disociar el comportamiento inaceptable de su madre. Pero también es relevante que la sociedad juega un papel en determinar los pensamientos que podemos tener cómodamente sobre nuestras madres. Por tanto, tanto por razones personales como culturales, Carol disoció recuerdos inaceptables, que tuvieron un efecto limitante en su vida posterior. Para mí tiene sentido que en el caso de Carol la salud se define como una superación de las disociaciones. Pero no creo de ninguna manera que esta fuera la historia completa. ¿Cómo pudo Carol hacer eso? ¿Qué pasó realmente para permitirle relajar su identificación con su madre deprimida? ¿De qué otras maneras podemos imaginar el progreso de Carol hacia una vida más saludable? Estas son preguntas que dejaré para nuestra discusión más adelante.

2. H.S. Sullivan (1892-1949)

El legado de Sullivan también fue un factor importante en mi formación. Brevemente, el énfasis de Sullivan está en el historial sobre los esfuerzos del paciente para evitar la ansiedad en situaciones reales con otras personas significativas. Él pensaba que, en nuestros esfuerzos por minimizar la ansiedad, desarrollamos "distorsiones paratáxicas" de la realidad y defensas que resultan caras, como son la falta de atención selectiva, la disociación y la proyección. Para Sullivan el tratamiento es una oportunidad para revisar las distorsiones, darse cuenta de que las maniobras defensivas son improductivas y desarrollar patrones de relación interpersonal más adaptativos.

El famoso postulado de Sullivan de un género ("One-genus postulate") reza que "Todos y cada uno somos más simplemente humanos que otra cosa". Creo que su mensaje es humanista. El esquizofrénico regresivo es un ser humano que puede, potencialmente, ser entendido por otros seres humanos, y merece el respeto que esperamos que se nos otorgue a nosotros mismos.

Sullivan describe tres ámbitos o áreas del funcionamiento humano: el Sistema del Yo, el resto de la personalidad y el sueño. El Sistema del Yo se refiere a lo que podemos saber sobre nosotros mismos. Piense en ello como el "yo permisible". Para Sullivan, una buena parte de las dificultades en la vida provienen de aspectos del yo que no se pueden conocer sin crear una ansiedad excesiva. Por lo tanto, uno de los objetivos en el tratamiento es aumentar lo que se puede conocer. Esto no es para liberar energía, sino, más bien, para mejorar la comprensión de la realidad del paciente y la capacidad de comunicarse y relacionarse.

Para Sullivan toda experiencia humana es, en cierto sentido, interpersonal. Entiendo que esto implica que el significado de la experiencia interpersonal se crea a través de la interacción. Por lo tanto, el desarrollo es el proceso de tener experiencias con otros reales e internalizar aspectos emocionalmente sobresalientes de estas experiencias.

En el marco de Sullivan, a la ansiedad se le asigna un papel especialmente importante, ya que puede paralizar el pensamiento. Para Sullivan centrarse o focalizar en algo es primordial para su comprensión de las defensas, como es evidente en su concepto sobre la falta de atención selectiva. Como Irwin Hirsch (2002, p.574) lo expresó sucintamente, "... el conocimiento depende de la perspectiva..." La habilidad del analista está, parcialmente, en su familiaridad con ciertos patrones recurrentes de comportamiento humano. Esto incluye patrones de carácter y estilos de defensa. Los patrones significativos deben ser evidentes en la historia de la persona, la vida actual y el comportamiento en el tratamiento. Una comprensión minuciosa, profunda, de cada patrón interpersonal recurrente es un aspecto crucial de la acción terapéutica. En este planteamiento un patrón significativo puede ser evidente en una primera sesión, sin necesidad de la regresión.

Para Sullivan, la salud psicológica incluye la capacidad de aprender de una nueva experiencia. Esto, por supuesto, requiere que el individuo reconozca que la experiencia es nueva, es decir, que es diferente de lo que ha ocurrido en el pasado. Esto significa para mí que el camino hacia la salud puede ser diferente para dos personas cualesquiera. En una comprensión interpersonal sullivaniana no hay un problema específico que las personas en general necesiten resolver, como un conflicto ampliamente aplicable, una posición esquizoide paranoide, una fijación edípica o un déficit de desarrollo. Esto implica que el analista no puede conocer los objetivos particulares de un tratamiento hasta que sean contruidos por los participantes. No se conocen de antemano.

Dado que solo hay objetivos generales, no específicos, los métodos o técnicas también son variables y deben construirse en cada tratamiento. Es decir, la capacidad para beneficiarse de una nueva experiencia es un aspecto "simplemente humano" de la salud psicológica, pero las nuevas experiencias de las que una persona en particular necesita poder beneficiarse no podrían conocerse antes de su tratamiento. Por lo tanto, los sullivanianos evitan la técnica en general, prefiriendo enfatizar el aspecto de "espontaneidad" en la dialéctica de "ritual y espontaneidad" de Hoffmann. Esto hace que el proceso sea extremadamente difícil de enseñar. Cada sesión presenta desafíos que no se pueden predecir.

El énfasis en la salud como la capacidad para beneficiarse de una nueva experiencia refuerza el dar privilegio a la estimulación de la curiosidad, tanto en el analista como en el paciente. La curiosidad, como tantas otras cosas, es más humana que otra cosa, pero algunas experiencias de vida pueden disminuirla. Es primordial porque aumenta las posibilidades para tener nuevas experiencias, aventuras adentrándose en el territorio inconsciente, cruciales para el tratamiento.

En este trabajo, se puede describir el papel del analista como un complicado proceso de observación de uno mismo y del otro. La observación es, por supuesto, fundamental para la concepción de Sullivan del analista como observador participante. Para Sullivan, la claridad en la comunicación interpersonal es un agente de cambio muy significativo. La suya es una teoría profundamente optimista, en el sentido de que creía fundamentalmente que con un mejor "equipamiento para vivir", en sus términos, los seres humanos generalmente pueden hacer frente a sus vidas. Este equipamiento incluye la capacidad para comunicarse "sintácticamente" o sin distorsiones significativas. Para Sullivan, los "problemas del vivir" son en gran parte el resultado de formas de relacionarse que se han desatendido de forma selectiva (en lugar de reprimidas).

En cuanto a los objetivos del tratamiento, cito el libro de Sullivan de 1953, "The Interpersonal Theory of Psychiatry" (p. 310). "... cuanto mayor sea el grado de madurez, menor será la interferencia de la ansiedad con la vida..." Al reducir el papel de la ansiedad, el tratamiento tiene como objetivo ampliar el compromiso del paciente en la vida. En lugar de resolver un problema en particular, da privilegio una actitud sobre la novedad.

Tomando de nuevo el caso de Carol, la paciente que acabo de presentar, podríamos aplicar la lente de Sullivan a mi trabajo con ella. Desde esta perspectiva, su salud dependía de que aprendiera de nuevas experiencias. Eso jugó un papel enorme en el tratamiento. En primer lugar, yo fui una nueva experiencia para ella, ya que yo estaba más dispuesta y era más capaz de pensar en voz alta sobre nuestra relación que cualquier otra persona en su vida. Creo que al experimentar eso conmigo Carol pudo comprenderlo cómo nunca antes lo había tenido. En otras palabras, había una especie de proceso circular. A medida que experimentó lo que era estar con alguien que reflejaba de esta manera, entendió mejor que ésta era una experiencia

nueva. A medida que se sentía menos ansiosa por unirse a mis reflexiones, se volvió más capaz de interactuar reflexivamente con otros en su vida. Al hacerlo, cada vez se hacía más claro para ella que esta era una experiencia nueva y, al mismo tiempo, que todavía evocaba algo de la ansiedad que, anteriormente, había limitado su vida relacional. Así, a medida que cambiaba, entendía mejor por qué había sido como era antes. Y, a medida que entendía por qué había sido como era antes, se volvía más capaz de cambiar. Mis profesores me enseñaron que el progreso en el tratamiento es como girar un tornillo. El tratamiento da vueltas y gira sobre sí mismo. Da vueltas, para que los mismos problemas se exploren en la transferencia, en la historia y en la vida interpersonal del paciente. A medida que esto sucede, el paciente puede superar las limitaciones anteriores, por lo que el movimiento del trabajo es ascendente, hasta llegar a un nuevo problema que se abordará en sus manifestaciones históricas, transferentes y actuales en la vida. La visión de Sullivan de la salud, como la capacidad de aprender de una nueva experiencia, es uno de los aspectos del tratamiento de Carol.

3. El punto de vista de la salud como la ausencia de "síntomas"

Para examinar este punto de vista, les presentaré brevemente a Jim. El problema que Jim presentó eran los rituales y compulsiones que debilitan. Jim era un hombre muy inteligente, gay y soltero. Pasaba muchas horas cada día en la ducha, intentando sentirse lo suficientemente limpio. Nunca había podido leer un libro entero. Al leer una frase, tenía que releerla, temiendo que se había saltado una palabra. Jim ni siquiera podía leer un artículo entero de periódico. Sus compulsiones hicieron que el papeleo en su trabajo fuera una pesadilla. Estaba algo deprimido, y consideró, pero luego rechazó, la idea de la medicación.

Mientras Jim estaba en una relación, el aspecto sexual no era muy satisfactorio para ninguno de los miembros de la pareja. Además, Jim tenía relaciones conflictivas con cada uno de sus progenitores. Su padre no aceptaba la homosexualidad de Jim, ni que su pareja fuera un hombre. Su madre era obsesiva a su manera, continuamente limpiando la casa limpia, y pasiva en respuesta a los conflictos entre Jim y su padre.

Jim y yo exploramos muchos aspectos de su experiencia de vida. En el camino desarrollamos una relación extremadamente cálida. Estaba muy claro que realmente nos gustábamos.

Me sorprendió cuando, aproximadamente tras dos años de trabajo, Jim entró y dijo que quería trabajar sobre la finalización del tratamiento. Si bien los rituales de Jim ocupaban ya mucho menos de su vida, todavía, hasta cierto punto estaban presentes. El progreso que había logrado en sus relaciones primarias era sustancial. Se había vuelto mucho más confrontador con sus padres, y más abierto y emocionalmente disponible con su pareja. Su

vida sexual había mejorado considerablemente. Pero yo aún cuestionaba la idea de terminar el tratamiento, ya que sus síntomas todavía estaban presentes.

Jim respondió a mi cuestionamiento con la capacidad de afirmarse a sí mismo que era, quizás, la mayor señal de su progreso. Nunca olvidaré lo que me dijo. Me preguntó "¿Acaso no tenemos todos defectos?" Continuó explicando cuánto había mejorado su vida y aumentado su felicidad, y que esto era lo que más le importaba.

En este momento, correcto o incorrecto, sentí que era más importante que yo aceptara su nueva capacidad para afirmarse y le concediese la terminación. Intencionadamente dejé la puerta abierta para que se pusiera en contacto conmigo en el futuro. Nunca lo hizo. Creo que este es un ejemplo de dos personas, Jim y yo, con enfoques algo diferentes en cuanto a la salud de Jim. Por supuesto, estaba muy contento con sus ganancias relacionales y, por supuesto, le gustaría haber estado completamente libre de síntomas. No es que estuviéramos en desacuerdo, en absoluto, sino que nuestros enfoques, nuestros énfasis eran ligeramente diferentes. Vale la pena señalar que no me di cuenta de que teníamos esta diferencia hasta que Jim mencionó el final. Estoy sugiriendo que probablemente sería fructífero explorar la cuestión de cómo cada participante visualiza la salud, al principio del tratamiento.

4. Otras ideas sobre la salud

Con el fin de dejar tiempo para la discusión, sólo voy a mencionar algunas otras formas en las que podemos definir la salud psicológica. Les pido que simplemente los escuchen, con el objetivo de comparar sus propios puntos de vista. Si es posible, en la discusión, creo que sería bueno hablar sobre las veces que su visión sobre la salud y la opinión del paciente diferían. Recuerdo que Stephen Mitchell dijo una vez que las diferencias en los objetivos del tratamiento no examinadas eran una de las razones principales por las que surgían problemas en el trabajo. Estoy de acuerdo.

A. Rollo May (1909-1994)

Rollo May priorizó la curiosidad y la valentía en sus definiciones de salud psicológica. He aquí un ejemplo de su pensamiento: (1967, p.52):

"...Aristóteles tenía razón cuando dijo: 'No se debe valorar principalmente la vida, sino la buena vida'. Tal vez estamos entrando en un momento (confío en que mi esperanza no sea una ilusión) en el que los maestros, artistas, e intelectuales de todo tipo, no se disculpen por comprometerse, cuando, como Sócrates, cuestionemos valientemente porque creemos más valientemente". Las ideas de May comenzaron a fusionarse cuando escribió su tesis doctoral, que se convirtió en su libro "El significado de la ansiedad". En cierto contraste con

Sullivan, May se centró más en la necesidad de tolerar la ansiedad, en lugar de disminuirla. Entendía la capacidad de la ansiedad para paralizarnos, pero, también, su capacidad para fomentar nuestro potencial creativo. Destacó el papel de la lucha creativa y escribió que la búsqueda de una vida libre de ansiedad era tan debilitante como una vida altamente ansiosa. Por lo tanto, si el analista aplica los puntos de vista de May sobre el funcionamiento saludable, entenderíamos el deseo de evitar la ansiedad, en lugar de la ansiedad en sí, como un problema central.

B. Otras ideas

1. Algunos podrían ver la salud psicológica como una capacidad para formar apegos, y/o como la capacidad de amar. Brevemente, el amor ha sido descrito como (Fromm, 1956): ... "la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos". O, Sullivan (1940): "Cuando la satisfacción o la seguridad de otra persona se vuelve tan significativa para uno como lo es la propia satisfacción o seguridad, entonces el estado de amor existe". ¿Es la salud la capacidad de amar verdaderamente, sin perder el sentido de sí mismo?
2. Otros pueden considerar la salud como la capacidad para mantener el equilibrio funcional de las emociones. Escribí sobre esto en mi libro de 2004. Esto significaría que la salud es la capacidad para equilibrar las alegrías, esperanzas, amores y curiosidades de la vida con sus penas y otros sentimientos dolorosos. Y, manteniendo la integridad, la sensación de un todo - plenitud, mientras lo hace.
3. Podríamos imaginar la salud en términos kleinianos, como una capacidad para lograr una posición depresiva, en lugar de paranoica, o como una superación de la división, o de las dualidades. Otra forma de expresar esto podría ser que la salud es la capacidad para observar las situaciones desde más de una perspectiva.
4. Otra idea sería considerar a la salud como una capacidad de perdonar, a uno mismo, a los demás y, en última instancia, a la vida misma. En otros lugares, he escrito mucho sobre mi propio viaje hacia el perdón. O la salud podría verse como la capacidad para llorar, soportar la pérdida, soportar los propios remordimientos y ser generativo hacia la próxima generación.
5. Otro enfoque podría ver a la salud como la superación de transferencias o distorsiones paratáxicas, para ver a los demás de maneras más realistas. Esto no es diferente al pensamiento de Sullivan. En su lenguaje la salud sería la capacidad para el pensamiento sintáctico, en lugar del pensamiento distorsionado paratáxico.
6. Creo se puede considerar a la salud como la capacidad para defenderse de varias maneras, en lugar de depender demasiado de un solo estilo defensivo, como puede ser la obsesión o

ser esquizoide. Otra forma de ver esto, podría ser la integración de la disociación normal (de Bromberg), junto con otras defensas, para disminuir la ansiedad hasta un nivel manejable.

7. También he pensado en la salud como anteponer a la vida misma, o la calidad de la vida, por delante del orgullo. Otro lenguaje para esto podría ser el desarrollar una visión realista, en lugar de narcisista, de uno mismo y de la vida y su significado. ¿Es la salud una especie de sabiduría, humildad y aceptación de la mortalidad?

8. O, en términos de Fonagy, la salud sería una capacidad para la mentalización. Yo diría que esto requiere una aceptación de la paradoja, que tanto su punto de vista como el mío son válidos.

9. Como ya se ha mencionado, la salud podría entenderse como la ausencia de trastorno, o de síntomas. Pero, creo, la mayoría de nosotros lo entenderíamos como algo más que eso, y no en términos de un modelo de enfermedad.

10. Hay muchas maneras de definir la salud en términos freudianos, incluyendo verla como una capacidad para la gratificación retardada, el control de impulsos, "misericordia humana común", el equilibrio del id-ego-superyó, donde el id es el ego debe ser, fuerza del ego, capacidad para el amor y el trabajo, capacidad para sentirse sexual y agresivo sin demasiado conflicto, una relación productiva con el deseo, hacer el consciente al inconsciente, una mayor capacidad de sublimar, modular los sentimientos edípicos, etc,

11. Finalmente, si bien está implícito en Fromm, creo que vale la pena sugerir que la salud puede verse como la realización del potencial de cada uno, a nivel intelectual, emocional y relacional.

¿Has pensado sobre la salud y cómo ha afectado a tu trabajo?

REFERENCIAS

Ávila Espada, A. (ed.) (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural del psicoanálisis*. Col. Pensamiento Relacional. Vol. 8

Buechler, S. (2019). *Psychoanalytic approaches to problems in living*. New York: Routledge.

Buechler, S. (2012). *Still practicing. The heartaches and joys of a clinical career*. New York: Routledge

- Buechler, S. (2013). El psicoanálisis interpersonal, tal como yo lo veo. Cap. 12 (pp. 497-542) en A. Ávila Espada (Ed). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Buechler, S. (2015). *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico*. Madrid: Ágora Relacional. [V. original: *Making a difference in patients' lives*. New York: Routledge, 2008]
- Buechler, S. (2015). *Understanding and Treating Patients in Clinical Psychoanalysis. Lessons from Literature*. New York: Routledge
- Buechler, S. (2015a). Desarrollando mi enfoque terapéutico personal. *Clínica e Investigación Relacional*, Vol. 9 (2).
- Buechler, S. (2015b). Alegría, vergüenza, arrepentimiento y tristeza en el Tratamiento Psicoanalítico. *Clínica e Investigación Relacional*, Vol. 9 (2).
- Buechler, S. (2017). Inspirada por Erich Fromm. En *Hacia Una Ciencia Humana: La Relevancia de Erich Fromm en La Actualidad*. ed. Rainer Funk & Neil McLaughlin, Mexico: Demac, 2017, pp. 187-200.
- Buechler, S. (2018). *Psychoanalytic Reflections. Training and Practice*. Astoria, NY: IP Books.
- Buechler, S. (2018). *Valores de la Clínica. Emociones que Guían el Tratamiento Psicoanalítico*. Madrid: Ágora Relacional [V. original: *Clinical values: Emotions that guide psychoanalytic treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 2004]
- Buechler, S. (2021). *Poetic Dialogues*. Astoria, NY: IP Books.
- Buechler, S. y Ávila, A. (2013). La formación y la supervisión desde la perspectiva interpersonal y sociocultural. Cap. 13 (pp. 543-594) en A. Ávila Espada (Ed). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Cortina, M. (2017). Is Fromm relevant for relational approaches in psychoanalysis? *The Psychoanalytic Review*, 4, 437-450.
- Friedman, Lawrence J. (2016). *Los rostros de Erich Fromm. Una biografía*. Fondo de cultura económica. (The lives of Erich Fromm. Love's Prophet. Original en inglés 2013)
- Fromm, E (2011a). *La crisis del Psicoanálisis*. Barcelona, Paidós. Original de 1971
- Fromm, E. (1968). *Revolution of Hope*. New York Harper Row
- Fromm, E. (1970). *La condición humana actual*. Buenos Aires, Paidós. *The Dogma of Christ*. Original de 1964.
- Fromm, E. (1974). *El Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México. Fondo de cultura económica. (*The sane society*, Original de 1955)
- Fromm, E. (1975). *Anatomía de la destructividad humana*. Madrid. Siglo XXI editores. (*The Anatomy of human destructiveness*. Original de 1946)

- Fromm, E. (1978). *¿Podrá sobrevivir el Hombre? Una investigación sobre los hechos y las ficciones de la política internacional*. Mundo moderno Paidós. Buenos Aires. 8ª edición. F(*May Man Prevail?. An Inquiry into the Facts and Fictions of Foreign Policy*. Original en inglés New York.
- Fromm, E. (1992). *Lo inconsciente social*. Barcelona, Paidós Ibérica. (*Die Entdeckung des gesellschaftlichen Unbewussten*, Original de 1974)
- Fromm, E. (2007). *El arte de amar*. Barcelona Paidós Biblioteca Nueva Erich Fromm. (*The art of loving*. Original de 1954, en castellano de 1974)
- Fromm, E. (2007a). *Del tener al ser*. Barcelona Paidós Nueva Biblioteca Erich Fromm (*Vom haben zum Sein. Wege und Irrwege der Selbsterfaltung*. Original de 1989. Otras ediciones de esta obra: *¿Tener o ser?* México. Fondo de Cultura Económica, 2010. (*To have or to be*. Original de 1957)
- Fromm, E. (2007b). *El arte de escuchar*. Barcelona. Paidós Biblioteca Nueva Erich Fromm. (*Von der Kunst des Zuhörens Therapeutische. Aspekte der Psychoanalyse*. Original de 1991)
- Fromm, E. (2009). *El miedo a la libertad*. Barcelona. Paidós. Biblioteca de Erich Fromm. (*The fear of freedom*. Original de 1974)
- Fromm, E. (2010). *Ética y Psicoanálisis*. México. Fondo de cultura Económica. (*Man for himself, An Inquiry into the Psychology of Ethics*, Original de 1974)
- Fromm, E. (2011). *Espíritu y Sociedad*. Barcelona Paidós Biblioteca Erich Fromm. (original de 1996)
- Fromm, E. (2011b). *Y seréis como dioses*. Paidós Biblioteca Nueva Erich Fromm. (*You shall be as gods*. Original de 1981)
- Fromm, E. (2012). *El lenguaje olvidado. Introducción a la comprensión de los sueños. Mitos y cuentos de hadas*. Barcelona Paidós, Biblioteca Nueva Erich Fromm. (*The forgotten language*. Original de 1955)
- Fromm, E. (2012b). *Obreros y empleados en vísperas del Tercer Reich. Un análisis psicológico social (Arbeiter und Angestellte am Vorabend des Dritten Reiches Eine sozialpsychologische Untersuchung*. Original de 1980. El título en inglés: *German Workers 1929, a Survey its Methods and Results*)
- Fromm, E. (2013). *El corazón del hombre: Su potencia para el bien y para el mal* Fondo de cultura México. (*The heart of Man*, original de 1964, primera edición en español, 1966 colección popular, segunda edición Biblioteca joven, 1983).
- Fromm, E. (2015). *Sobre la desobediencia*. Paidós. Nueva Biblioteca Erich Fromm. (*On Desobedience and other essays*. The Seabury Press, New York, 1981, 1982, 1984.

- Fromm, E. (2016). *Las cadenas de la ilusión. Una autobiografía intelectual (Beyond the Chains of Illusion. My Encounter with Marx and Freud original 1962)*
- Funk, R. (1999). *Erich Fromm, el amor a la vida. Una biografía ilustrada*. Barcelona: Paidós. (*Liebe zum Leben*, original de 1999)
- Funk, R. (2009). *Erich Fromm, una escuela de vida*. Paidós contextos. (*Erich Fromms Kleine Lebensschule* de Rainer Funk. Original e 2007)
- Funk, R. (2011). Erich Fromm and the intersubjective tradition. *Fromm Forum*, 15, 60-64.
- Funk, R. (Ed.). (2011). *Recordando a Erich Fromm. Testimonios de sus alumnos sobre el hombre y el terapeuta*. Madrid: Espasa. [*The clinical Erich Fromm. Personal accounts and papers on therapeutic technique*. Amsterdam: Rodopi, 2009]
- Maccoby, M. (1995). The two voices of Erich Fromm: the prophet and the analyst. *Society*, 32, 72-82
- Maccoby, M. (2009). Fromm no quería ser frommiano. En: Funk, R. (Ed.): *Recordando a Erich Fromm. Testimonios de sus alumnos sobre el hombre y el terapeuta*. Madrid: Espasa, 2011 (pp. 199-202).
- Maccoby, M. (2017). Learning and doing: Working with Fromm and applying what I learned. *The Psychoanalytic Review*, 104, 523-537.
- Talarn A. (2022). *Erich Fromm en castellano: Síntesis y guía de lectura*. Madrid: Ágora Relacional, Col. Ensayos y Experiencias nº 6

Original recibido con fecha: 20/10/2022 Revisado: 30/12/2022 Aceptado: 30/4/2023

NOTAS:

¹ "Si crees que puedes tener una comida gratis, has de saber que la comida gratis no existe".

² En esa época, el Director del WAWI era Earl Witenberg.