

El psicoanalista tratando a un paciente grave

Carlos D. Nemirovsky

“El método de la complejidad no tiene como misión volver a encontrar la certidumbre perdida y el principio Uno de la Verdad. Por el contrario, debe construir un pensamiento que se nutra de incertidumbre en lugar de morir de ella...es la conciencia de que lo que más falta nos hace no es el conocimiento de lo que ignoramos, sino la aptitud para pensar lo que sabemos. Es, en fin y sobre todo, la voluntad de sustituir la euforia de un conocimiento incapaz de conocerse a sí mismo por la búsqueda inquieta de un conocimiento del conocimiento”.

Edgard Morin (1980)

INTRODUCCION

No es corriente la literatura psicoanalítica acerca de las vicisitudes en los tratamientos de pacientes graves.¹ Que estas comunicaciones sean escasas depende en gran medida de lo difícil que resulta transmitir a los colegas el desarrollo de estos complejos tratamientos. Otra justificación de la escasez de escritos la constituye la propia

¹ Se han ocupado de conceptualizar acerca de estas cuestiones entre otros Ferenczi (1928), Boyer, (1983), Giovacchini, (1972), Bion (1967), Lancelle, G. et al. (1990), Meltzer (1967), Paineira, A. (1997), Rosenfeld, H. (1965), Rosenfeld, D. (2007), Searles (1966), Winnicott, D. (1945), McDougall, J. (1980), Green, A. (1975). Cito solamente a algunos autores en los que me apoyo y a sus trabajos significativos.

autocrítica de los profesionales que trabajamos con pacientes que se alejan del modelo neurótico y que requieren de un trabajo analítico casi nunca previsto en nuestros esquemas técnicos.

Como recuerda Boschán, P. (1995) estos pacientes ya eran difíciles para Freud, quien refiriéndose a pacientes psicóticos le comenta a Istvan Hollos en una carta de 1928 “No me gusta esta gente, me enojan, me siento irritado por sentirlos tan lejos de mí, de todo lo que es humano”.

Me referiré a aquellas situaciones graves o complejas que no siempre son derivadas de la psicopatología del paciente grave (psicótico, borderline, psicópata, adicto, psicósomático) sino que intentaré abarcar el amplio –quizá demasiado amplio– espectro de las *situaciones* graves o complejas por las que transitan pacientes y analistas independientemente de las categorías psicopatológicas que no resultan de gran utilidad en la práctica clínica.

Jerarquizando como una definición un comentario habitual entre colegas podemos decir que *paciente grave es quien nos coloca en una situación difícil, no cotidiana, en nuestra clínica.*

Grave no alude a un diagnóstico psicopatológico y no debe ser un mote dado a un paciente a quien no comprendemos y que nos pone en una situación complicada o incómoda. Esto sucede en el caso Juan, que veremos más adelante, quien no resulta un paciente psicopatológicamente grave, pero la situación se convierte en grave o compleja para el analista cuando deja de comprender lo que va sucediendo en el proceso. Al ir finalizando este análisis, exitoso por cierto, el analista no vislumbra a qué se debe su mejoría. Esta situación lo incomoda y complica su contratransferencia.

Justamente, son estas situaciones clínicas complejas las que generalmente originan en nosotros nuevas comprensiones acerca de patologías que vamos sumando a nuestra clínica y que también nos estimulan a replantearnos lo hasta hoy conocido y apelar a diversas fuentes del conocimiento.

Es probable que, cuando nos enfrentamos a una situación complicada aparezca en nosotros la necesidad de ampliar nuestro horizonte técnico y metapsicológico.

Estas complejidades me han llevado a compartir en la actualidad las concepciones intersubjetivas de la corriente relacional fundada por Stephen A. Mitchell (1988) quien enfatiza la inevitable presencia de la psicología personal del analista tanto en el proceso psicoanalítico como en sus resultados y en esta línea de pensamiento se inscribe este escrito.

SITUACIONES COMPLEJAS Y PACIENTES GRAVES

Habitualmente con estos pacientes, se nos impone la necesidad de ir construyendo un encuadre adecuado para cada uno en particular, en base a lo que vamos comprendiendo, que no tiene antecedentes en las maneras habituales de ejercer nuestra tarea.

Es frecuente encontrarnos con momentos de orfandad teórica en nuestra disciplina, seguidos por explicaciones en un espiral desarrollándose paso a paso. El ciclo completo de lo postulado por Kuhn (1962) en su teoría acerca de los paradigmas se repite una y otra vez en nuestra vida profesional, siempre que estemos atentos a lo que vamos haciendo y no intentemos forzar su comprensión desde teorías existentes intentando abarcar aquello a lo que aún no le hemos encontrado explicación.

Estaremos solos con nuestra clínica, y quizá con fortuna nos acompañen algunas hipótesis. Pero habitualmente no operaremos “a ciegas”, porque en general tenemos la intuición de aquello que no debemos hacer con un paciente (mucho más de lo que sabemos acerca de cómo “deberíamos” proceder).

Procedemos observando y observamos procediendo, como señalan Lancelle, G., Lerner, H., Nemirovsky, C., Ortiz Frágola, A., (1990): “En la actualidad... el analista se encuentra implicado personalmente en mayor grado, mientras carece de un sistema conceptual equivalente al anterior capaz de dar cuenta y fundamento a todo lo que hace en la práctica para dar lugar y mantener el proceso terapéutico de pacientes que difieren del modelo neurótico. Cuanto más difieren, la creciente relevancia de su compromiso emocional junto con la insuficiencia de los recursos cognitivos, determinan un campo psicodinámico diversificado con relaciones y sucesos imprevistos. De su captación y manejo y de la apreciación de ambos, adecuados o no dependen los aciertos o desaciertos en el proceder clínico y teórico.

Los tratamientos –de los pacientes complejos– no son de abordaje promedio (siempre que los progresos terapéuticos sean indudables y específicos, es decir no sugestivos) y el desempeño de los analistas difiere técnicamente de lo que es típico (para el modelo neurótico) y no parece estar traducido en prescripciones técnicas”.

Son conocidas las construcciones metapsicológicas que han demostrado su utilidad en los pacientes de neuróticos, pero desde luego no abarcan los casos graves. Probablemente en estos momentos de

nuestro desarrollo teórico también debemos ser pacientes, describir los casos, discutirlos con nuestros colegas y no apresurarnos a derivar rápidamente en construcciones de alto nivel de abstracción. Es probable que recurramos a aportes interdisciplinarios que procesados a la luz de la clínica de la complejidad, darán lugar a consideraciones transdisciplinarias. Bleichmar, H. (1997) da cuenta de estas interrelaciones.

Redundaremos en que no es concebible para estas patologías el desarrollo de una técnica “standard”, por ello, concebimos un encuadre general de nuestra tarea, con la intención de comprometernos profundamente en el juego terapéutico, sabiendo que no se adecuan al tratamiento actitudes que nos dificulten observar y reflexionar sobre lo que hacemos. No podemos “no hacer” con estos pacientes (y nos referimos a “acciones” como acompañar a un paciente a su casa para entregarlo al cuidado de la familia, evitar la agresión física, dar sesiones extras o agregar minutos cuando evaluamos que el paciente no estaba en condiciones de finalizar la sesión, advertir a la familia del riesgo de un paciente agresivo, etc.). En este accionar/reflexionar suele oscilar nuestro rol especialmente al comienzo. No siempre los pacientes graves nos permiten este juego, con ellos estamos muchas veces en carne y hueso, con escasos recursos teóricos y técnicos. Y no nos conviene apresurarnos a justificar con la teoría lo que no nos tranquiliza de nuestra actitud.

Las teorías crecen por los bordes delineados por las incertidumbres y las experiencias con nuestros pacientes más difíciles son las generadoras de interrogantes y de ensayos de respuestas. Si no advertimos la potencialidad poética que se genera en estas experiencias estamos impidiendo el desarrollo de nuestra disciplina.

Para posibilitar el desarrollo debemos presentar y discutir casos, sabiendo del riesgo de ser fuertemente criticados en nuestra exposición pero confiando también en nuestros colegas.

En la clínica de nuestros días estos pacientes se han convertido casi en nuestra rutina, los denominamos genéricamente, graves, entendiendo gravedad como complejidad.²

² Frente a la complejidad de los diversos desarrollos científicos, tanto en el campo del psicoanálisis como fuera de él, las definiciones acerca de las nociones básicas resultan escasamente abarcativas o podrían ser cuestionadas desde varios ángulos. Sostengo que más que definir nuestros paradigmas desde las diversas teorías, necesitamos y no tenemos aún conceptualizaciones que abarquen los nuevos fenómenos clínicos con los que lidiamos hoy. En el campo que abarca el psicoanálisis y en frecuentes charlas con colegas, nos preguntamos con

Las clasificaciones psicopatológicas oscilan y se replantean de acuerdo a las perspectivas de cada autor y ellas son un producto epocal. Ejemplo sobrado es lo que ha sucedido con el concepto de homosexualidad que de ser una perversión “cargada de rasgos morales” como señala G. Gabbard (2000), hoy no la consideramos de esa manera.³

Los trastornos eclosionan de múltiples maneras y en diversos ámbitos: en el cuerpo, en el trabajo, en la familia y requieren miradas desde múltiples perspectivas psicoanalíticas y no psicoanalíticas (nos referimos a los aportes de la comunicación, en especial de la lingüística, de las neurociencias, de las diversas teorías de la moderna física como las teorías del caos y del azar que podemos utilizar hoy como modelos de la misma forma que Freud utilizó los derivados que su época le facilitaba).

Si caracterizamos a los pacientes graves desde el punto de vista psicoanalítico nos encontraremos con un variado grupo integrado por:

– Quienes no distinguen recuerdo y transferencia como lo señalará Freud reiteradamente. En muchas estructuras psíquicas pobremente constituidas no cabe la observación de llenar las lagunas

qué conceptos teóricos nos podríamos explicar fenómenos tan inefables (como asimismo tan corrientes, en nuestra era) como los que nos transmiten nuestros pacientes, entre perplejos y angustiados, cuando se perciben “anestesiados”, “irreales”, “vacíos”, “extrañados”, “frágiles”, “inexistentes”, “transparentes”.

Las ideas intersubjetivas aparecen en el escenario epistemológico de la complejidad, luego del auge estructuralista de mediados del siglo XX. Por consiguiente, los destinatarios de los pensamientos epistemológicos no son simplificables objetos, ni se hace posible la predicción, basada en fenómenos causa-efecto acotados o determinados, y tampoco la universalización de los conceptos que tanto tranquilizara a los primeros científicos.

El observador, a partir del principio de incertidumbre de Heisenberg es parte inseparable del objeto de estudio. Poco después, comienzan los trabajos de Prigogine, y las teorías que contemplan el azar, la incertidumbre, la indeterminación, así como la heterogeneidad y la crisis de la idea de orden. Se crean los primeros modelos para pensar los fenómenos desde la complejidad y éstos necesitan, por lo tanto, de la transdisciplina. Se destruye el mito del sujeto aislado, de la mente aislada.

³ Gabbard señala que “Desde el escrito temprano de Freud, las actitudes culturales acerca de la sexualidad han sufrido cambios trascendentales. A medida que la sexualidad se convirtió en un área legítima para el estudio científico, se volvió evidente que las parejas ‘normales’ mantienen conductas sexuales variadas. Las relaciones urogenitales, por ejemplo, se empezaron a aceptar como conductas sexuales sanas. La homosexualidad y las relaciones anales también fueron eliminadas de la lista de actividades perversas. Los autores psicoanalíticos han confirmado en forma repetida la observación de Freud de que hay un núcleo perverso latente en todos nosotros...”

mnémicas. No podemos rellenar lo que no fue, lo que no existió. No podemos reeditar aquello que nunca fue editado, entonces en estos casos el paciente –en la mayor parte de las veces sin que él ni nosotros lo sepamos– editará y *por primera vez* situaciones vinculares novedosas.

–Seguimos enumerando diversas formas de caracterizar la gravedad y nos encontramos con aquellos severamente traumatizados, que comentan Herbert Rosenfeld (1979) Masud Kahn (1962) y también Joyce McDougall (1980).

Winnicott (1955) diferencia pacientes que han tenido cuidados suficientes y respuestas a sus necesidades, cuyo sufrimiento actual es derivado de conflictos neuróticos de aquellos, que denomina predepresivos, que han carecido de esos cuidados, es decir que han sufrido un déficit reiterado en sus cuidados tempranos, por falla precoz del medio. El resultado es que estos pacientes no diferencian externo/interno, no tienen noción de alteridad, carecen de espacio proyectivo y requieren de un analista que sea capaz de ejercer su profesión con las características de una madre suficientemente buena: preocupada, constante, dedicada, sensible, vulnerable, resistente, capaz de odiar, con deseos de ser comida por su bebe y finalmente que sea capaz de sobrevivir a los ataques.

Winnicott también señala como graves a quienes que no han podido desarrollar un espacio transicional. Kohut (1977) diría que son graves quienes viven sólo en transferencia objeto-del-self y los Botella (1997) llamaría graves a los que no han logrado una representabilidad que los protege del terror.

Otras acepciones posibles del término “grave”:

David Rosenfeld (2007) caracteriza a los pacientes con trastornos severos como “aquellos que pueden llegar a perder contacto con la realidad (episodios psicóticos transitorios muy comunes en la adolescencia) o pacientes muy perturbados, que también se incluyen en esta categoría, como drogadictos, bulimias, anorexias, trastornos psicosomáticos severos como colitis ulcerosa, trastornos de la piel y asma severa”. “Dentro de esta clasificación de severamente perturbados hay que incluir momentos del tratamiento de un paciente donde se repite, o revive, o actúa con el psicoanalista estados emocionales muy primitivos o regresivos”. Cuando esto ocurre dentro de la sesión, lo llamamos transferencia entre paciente y terapeuta de tipo primitiva o regresiva. También se lo denomina transferencia psicótica.

- Y podemos agregar otros usos frecuentes de “grave”:
- Es quien no posee como herramienta psíquica un Yo observador que le posibilite la distancia del “como si”.
 - Quien necesita que el terapeuta se preocupe por él.
 - Quien requiere de los otros como objetos para satisfacer las necesidades y no los deseos.
 - Quien necesita una red sostenedora, demandando a los demás esta función.
 - También los encontramos en la descripción de Killingmo (1989) acerca de los pacientes deficitarios. En ellos intentaremos facilitarles la experiencia del sentido de sí mismo o como lo señala el mismo autor, “no se trata de encontrar algo sino de sentir que algo existe”. Requieren intervenciones afirmativas de parte del analista para “permitir la internalización de las relaciones objetales que todavía no se ha alcanzado en la evolución previa” para confirmar la validez de la propia experiencia.
 - Debemos agregar a aquellos que necesitan algo más que las palabras del terapeuta.
 - Y quienes no maduraron en el momento oportuno, y que por ende se alejaron de la salud, resultando “seudo” o “sobre” adaptados.
 - También podríamos pensar al paciente grave como aquel que no se adapta a un encuadre preestablecido. Ya nos hemos referido al encuadre pensado para pacientes neuróticos. Si intentamos “adaptar” un paciente grave a un encuadre tradicional, sin tener en cuenta las particularidades de ese paciente, quizá lo haga extraordinariamente bien gracias a los aspectos falsos de su self (cumpliendo obsesivamente con las premisas tóporo espaciales, los honorarios, etc.).

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL ANALISTA NECESARIAS PARA AFRONTAR LA COMPLEJIDAD CLINICA

La experiencia muestra que el tratamiento de una situación compleja con un paciente grave, es muy diferente de aquel que no lo es. Por lo que considero que intentar analizar a estos pacientes nos demandará a los profesionales algunas condiciones.

Sin pretender hacer una lista completa de las mismas y con el ánimo de poder discutir con los lectores, propongo un listado posible:

1. El analista debe asumir y ejercer el poder necesario para intentar modificar lo que perturba a su paciente. Debe hacerse claramente

cargo de la asimetría que conocemos desde Freud. Esta asimetría es resultado de la imagen que del profesional tiene el paciente y se compone de múltiples elementos (muchos previos a la experiencia del encuentro con el profesional).

La investidura que vamos portando en nuestra vida profesional dependerá de aspectos profesionales (la derivación y la información que se le ha brindado al paciente o a la familia es fundamental) y sociales (nuestros datos curriculares, en un amplio sentido, suelen encontrarse en Internet, más allá de nuestros propósitos).

Pero también sabemos por experiencia que nuestra imagen no dependerá del resultado de una cura, sino que será un producto de la manera en que hemos sido investidos y en consecuencia, de lo que de nosotros se espera. Gran parte de nuestra eficacia dependerá de nuestra imagen y no viceversa.

2. Capacidad empática, que no sólo es el método de observación y recolección de datos sino una experiencia extraordinaria para aquellos que no han tenido la oportunidad de encontrar en su vida temprana objetos empáticos y que ahora tendrán la oportunidad de editar estas circunstancias en el transcurso de la terapia psicoanalítica. El concepto de empatía lo hemos desarrollado con Lerner, H. (1989) considerándolo como:

– Un fenómeno inherente a la comunicación humana: se trata de reconstruir en uno mismo los estados psíquicos del otro. Para que suceda esto, el profesional tiene implícitas algunas concepciones del comportamiento humano y de los diversos estados emocionales. Cuando el analista comprende empáticamente, se ha producido en él una resonancia vivencial isomórfica con el paciente.

– Un modo de conocimiento: se trata de un fenómeno espontáneo que se impone al observador. Pero esto no significa que se dé como un acto único, se trata de un proceso que lleva al conocimiento. Este conocimiento implica mecanismos de imitación, imaginación, evocación e identificación momentánea, parcial y controlada.

– Un instrumento terapéutico: la empatía permite la constitución del campo de interacción terapéutico en el cual se despliega el diálogo analítico, y de esta manera se posibilita la disposición a transferir.

La empatía es una herramienta adecuada para posibilitar la personalización (lograr la integración, cohesión, y consolidación del *self*) en aquellos pacientes que han sufrido trastornos originados en las fallas empáticas de sus objetos tempranos. De allí que en los casos complejos debamos jerarquizar esta aptitud del terapeuta.

3. Que pueda disponerse a aceptar las transferencias del paciente para poder posicionarse como un objeto sin disrupciones traumáticas. Obviamente no se trata de exigirle a un analista de estos particulares pacientes que permanezca estático, pero sí que comprenda el proceso por el cual pacientes graves necesitan no interrumpir la continuidad vivida como presencia del vínculo terapéutico una vez logrado cierto ritmo –constancia– en su relación profesional. Una paciente solía llamarme por teléfono cuando transcurrían más de dos días sin vernos en sesión, sólo para decirme que necesitaba escucharme. En algunas oportunidades le bastaba escuchar mi voz en el contestador automático. Así “recargaba mi presencia cuando se le había agotado”, decía, y lograba seguir esperando hasta el próximo encuentro. Hoy contamos con más herramientas –como el correo electrónico o el teléfono celular– cuando los encuentros personales no son posibles.

4. Que tenga la posibilidad de preocuparse por el paciente. Sabemos por nuestra experiencia que no todos los pacientes nos preocupan, y quienes lo hacen no lo hacen por igual. Descartadas cuestiones personales del analista, la preocupación del analista es un signo muy importante para tener en cuenta para el diagnóstico de un paciente deficitario. Estar preocupado un fin de semana respecto a un paciente suele ser la respuesta del analista a las necesidades de un paciente en cuanto a objetos que se preocupen por él como no los hubo en sus experiencias tempranas.

5. Que pueda construir un marco para contener al paciente y contenerse. En este sentido las citas de Winnicott (1955) son esclarecedoras: “En la labor que estoy describiendo [con pacientes en cuya ‘historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficiente’...] el marco cobra mayor importancia que la interpretación”. “El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado *el marco*, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida”.

6. Que además de reflexionar, pueda actuar. Obviamente nos referimos a lo que hoy denominamos *enactment* (y no al *agieren* freudiano). Que pueda utilizar y permitirle al paciente utilizar el representar o dramatizar a partir de la memoria procedimental y a la manera de un juego roles que carecen de palabra hasta descubrir su sentido (hasta que el analista pueda ser usado en el sentido de

Winnicott). Probablemente el primer trabajo acerca del *enactment* es el de J. Sandler (1976) en el que plantea que si el analista acepta la inducción del paciente a jugar un rol, se podrán comprender aspectos importantes del vínculo en la relación transferencial que de otra manera permanecerían ocultos.

No vamos a desarrollar aquí las cuestiones sobre el lenguaje y en especial el lenguaje que implica la acción del analista, sólo manifestamos que podemos considerarlas como parte de la comunicación esencial en los pacientes graves, en los que la semántica de las palabras es adquirida más tardíamente que la dimensión pragmática.

7. Que pueda aguantar y resistir los embates de curiosidad, de celos, de envidia de un paciente y que pueda además pensar si ha contribuido y cuánto, a fomentar estos estados. Que pueda aguantar su propia envidia por un paciente a quien se le permiten estados regresivos, en los que suele ser ayudado y/o mantenido por otros.

8. Que pueda soportar la no comunicación y las intensas transferencias negativas con las que habitualmente nos ponen a prueba.

Cuando hablamos demasiado con un paciente grave o en una situación compleja es que estamos ansiosos o perseguidos, habitualmente ignorantes respecto a lo que está sucediendo.

Es preferible hablar poco y mantener una postura relajada. En muchos momentos es la postura, nuestros gestos, quienes hablan por nuestras palabras.

9. Que pueda encontrarse con su propia capacidad de odiar y que ésta le posibilite no sentir pena o lástima culposa y que pueda evitar reaccionar al ser demandado arbitrariamente en los momentos más acuciantes de un proceso analítico que siempre tiene sobresaltos.

10. Que acepte que el objetivo de curación puede diferir del objetivo del paciente. En muchos casos sólo podremos acompañar. Para los analistas formados, es una ingrata tarea que incluso suele avergonzarnos. Es incómodo plantear que estamos en función de “tutor” como aquellos que se utilizan para mantener una planta en una dirección pero muchas veces y durante largo tiempo no somos más que eso y así debemos aceptarlo. También es cierta la sorpresa inversa: afortunadamente no sabemos tanto como para prever el futuro.

Tratemos de no ser omnipotentes cuando pensamos en responder ¿cómo cura el análisis?

11. Que sepa esperar si el paciente o sus responsables no paguen los honorarios en tiempo y forma, así como que nos saturen de mails, de llamadas telefónicas extemporáneas o de apariciones sorpresivas.

También habremos de tener en cuenta que es muy difícil preservar por completo nuestra intimidad y debemos saber que nuestra familia podrá verse afectada de diversas maneras por estos tratamientos.

12. La experiencia me enseña que sería conveniente que los recursos económicos con los que se sostiene el analista procedan en su mayor parte de su desempeño profesional. Si este ingreso es secundario respecto de otros—que no derivan de su tarea profesional—se facilita el descuido o el abandono de las difíciles tareas con pacientes complejos.

13. Poder sobrevivir a los ataques voluntarios e involuntarios de estos pacientes y estar capacitado para estar solo.

PRIMERA ILUSTRACION CLINICA

El caso de la paciente América

Es ésta una síntesis de la historia clínica de una paciente de mediana edad muy perturbada. Está poblada de hiatos e incongruencias, reflejando de esta forma la manera en la que voy tomando contacto con América y su mundo.

He ido compaginando los datos que obtuve durante los primeros tiempos de—desordenadas—entrevistas con la paciente y algunos que me aportaba el psiquiatra.

Siempre me fue muy difícil acceder a ir conociendo estos datos. Cuando intentaba saber algo de su pasado, América no lo consideraba pertinente en medio de un mar de urgencias. Tampoco fue posible establecer secuencias, como es habitual con pacientes no complejos—acopiando información con valor emocional, entre coordenadas de tiempo y espacio— para poder operar terapéuticamente.

La paciente no aceptó que pudiera entrevistarme con sus padres ya que en tratamientos anteriores—así lo decía—estos encuentros habían dado lugar a malos entendidos, que resultaban en trastornos irreversibles de la relación terapéutica.

Establecimos tres sesiones semanales. Si ellas lograban producirse, dadas las frecuentes ausencias sin aviso, solía ocurrir alguna situación que dificultaba o impedía reflexionar: en algunas fumaba desafiadamente y con enorme ansiedad o exigía salir al balcón o se enojaba conmigo porque no se lo permitía y me acusaba de represor. En otras ocasiones, de ladrón.

En algunas oportunidades, al comenzar la sesión pagaba mis honorarios y rápidamente se iba sin admitir ninguna intervención, en otras, me provocaba agresiva o sexualmente... o expresaba dramáticamente la necesidad de cambiar un horario y hacerme responsable por los perjuicios de no hacerlo...

A pesar de todo, no me fue tan difícil no “reaccionar”, manteniendo una afectuosa neutralidad y con el tiempo pude ir comprendiendo alguna de las situaciones emocionales por las que América pasaba.

La transcripción al lenguaje escrito de las sesiones es especialmente dificultosa: para hacerlo inteligible he debido agregar preposiciones y conjunciones, así como utilizar signos de puntuación que intentan dar un sentido con el fin de que podamos compartir la información, que resulta más abundante en los canales no verbales (que incluyen aquello que ambos “hacemos” en sesión, los gestos, las miradas y otras actitudes: es frecuente que solicite agua, un bolígrafo, papel o almohadones).

El objetivo del tratamiento en la primera etapa, fue poder establecer una relación de confianza y constancia en su vínculo analítico y que éste pudiera ocupar un lugar jerarquizado en su vida.

Hubo momentos en que logramos un acercamiento afectivo (con su consecuencia positiva respecto a la continuidad de las sesiones) pero—este avance, y especialmente durante el primer año del tratamiento—quedaba rápidamente arrasado por una semana de ausencias debido a algún enojo momentáneo que acarrearaba una enorme desconexión.

Resumen de su historia clínica

América, 35 años, soltera. Es la única de los hijos que vive con sus padres en una casa con jardín y piscina de una zona residencial de la Provincia de Buenos Aires y tienen un perro, del cual, actualmente, trata de ocuparse la paciente.

Es la hija del medio entre 2 varones: el mayor, casado y con dos hijos de 4 y 2 años, quien le lleva 1 año y medio y el menor, soltero de 29 años, vive solo “y es raro”, dice América.

Su padre es destacado profesor universitario y por muchos años, fue funcionario político de alto nivel. Actualmente trabaja en su oficina.

Su madre ha hecho de su profesión, relacionada con las letras, su medio de vida. Ambos padres comparten el lugar de trabajo, fuera de la casa.

De la infancia de América es poco lo que pude recoger: su hermano mayor nace al año de casarse los padres y presenta una deformidad congénita que requiere especial atención médica y que ocupa y preocupa a sus padres. El hermano menor es y pareciera que siempre fue “demasiado callado, reservado”.

En la crianza de América intervinieron una abuela y una mucama que fue contratada especialmente para atender a los dos hijos menores, que ha convivido con la familia varios años y de la cual la paciente tiene recuerdos vivos.

Luego del nacimiento de América, su mamá desconfía que en la maternidad le hayan entregado a *su* hija: decía que como ella era morocha y la hija rubia, seguramente le habrían dado la hija de una parturienta polaca que alumbró simultáneamente con ella. Esta situación fue planteada por su madre durante todos los años que duró la escolaridad primaria de América y luego, cuenta la paciente que “se fue diluyendo”.

Por cierto, América afirma ser hija de su madre y dice: “heredé la nariz con la malformación que tiene mamá por la cual me operaron a los 14 años”.

De pequeña tenía “trastornos intestinales” siendo tratada y hasta la actualidad con purgantes y dietas especiales.

Infiero que siempre parece haber desempeñado el rol de “la niña con trastornos de conducta” que les planteaba a sus padres la necesidad de permanente consejo médico. El consejero, que ejerció con continuidad hasta hoy día, es el médico clínico que deriva a la paciente a tratamiento. El me informa que no es la primera vez que se trata, que lo hace desde hace años y que inclusive fue internada en un hospital de día por varios meses. Algunos de los profesionales que la atendieron suspendieron unilateralmente el tratamiento de América.

Un año antes de la consulta, y según me comenta América, sus padres solicitan la opinión de un psiquiatra experimentado, buscando según decían, una solución definitiva para un empeoramiento sostenido de sus trastornos de conducta (desorden de todo tipo en sus horarios, actividades que implicaban una falta absoluta de rutina, rabietas, abandono de actividades recién iniciadas, vivir errático) y un incontrolable abuso de medicamentos. América me cuenta sin hesitar que tomaba aspirina a razón de 4 comprimidos varias veces al día, así como digestivos, sedantes intestinales, analgésicos para la migraña, a veces antibióticos, siendo además adicta a ansiolíticos

(consumiendo habitualmente 4 a 5 mg. de alplazolam por día, llegando en oportunidades a 40 mg. /día).

El profesional que se hace cargo del tratamiento psiquiátrico (desintoxicación, psicoeducación) lo hace con la condición de que simultáneamente, la paciente comience un tratamiento individual conmigo y que sus padres se entrevisten periódicamente con él. También propuso un estudio de imágenes cerebrales con el fin de constatar la existencia de daños orgánicos.

La paciente, que vive a una hora de viaje de mi consultorio, es traída a la consulta por sus padres, aún en la actualidad. La esperan en su auto hasta la finalización de la sesión, para llevarla nuevamente a casa. En la sesión que transcribo, América me dice que para ella es importante la compañía de *ambos* padres, negándose a concurrir si uno de ellos no puede.

Durante este primer año de tratamiento, se reiteran ausencias con o sin aviso y frecuentes llamadas telefónicas por diferentes motivos (“Interrumpiré el tratamiento”. “La medicación me hace mal, por favor hable con el psiquiatra”. “Ustedes, los profesionales, me han defraudado y los dejaré”. “Mi novio me ha dejado porque usted/ustedes no ha hecho nada para que mi pareja continúe”. “Les voy a hacer juicio”. “Necesito una entrevista urgente, pero quiero que venga a mi casa”. “¿Si no puedo pagarle, me va a atender igual?”, etc., etc.).

En la medida que avanzaba el tratamiento, durante estas primeras etapas del mismo, reitera permanentemente que el efecto que lograba con las pastillas que consumía en exceso “ya está perdido”. Que extraña el efecto de esos medicamentos que le producían alegría, tranquilidad al no sentir miedo, placer y analgesia.

Sesión (fragmento) durante el primer mes de tratamiento:

La sesión del día anterior, lunes, se había ido sin saludarme, enojada. Esta había transcurrido con tranquilidad, pero en los minutos finales me comunicó que sentía nostalgia por su ex novio, cambió su humor rápidamente y terminó acusándome de no haber hecho lo suficiente con el fin de preservar su pareja, quien la había dejado pocas semanas atrás.

El día de la sesión, miércoles, dos horas antes del comienzo de la misma, América deja un mensaje en mi contestador, diciendo que va a faltar porque se siente mal, mareada. En un nuevo mensaje, una hora después, avisa que vendría.

Al llegar, me dice que está mareada, y pide acostarse en el diván (que a veces utiliza).

“P1: Espero que no me de sueño.... ¿Usted habló con X (el psiquiatra)?

A1: Hablamos si...

P2: Mentiras... mentiras... no hablan... ¡que mentiroso! Y... ¿qué habló?, ¡¡¿¿a ver si me dice!!??

A2: Hablé respecto a la medicación, trasmitiéndole lo que me habías pedido...

P3: ¿Qué le dijo?... ¡¿a ver si es capaz de contarme?! (Desafiante).

A3: Le dije lo que te pasaba con la medicación....me pareció importante trasmitírselo. Si bien sería importante que vos le hablaras, entiendo que no siempre podés hacerlo. Pero me parece que tenés miedo que al psiquiatra y a mí se nos escape algo, que no hagamos algo que tenemos que hacer por vos.

P4: Sí... pero usted no me dice todo... me miente.... (Burlona, desafiante, aniñada)

P4: Claro... cuando no es posible para vos hablarle... tenés que confiar en mí, no puedo decirte todo... yo me hago cargo de hablar y de trasmitirte si vos no podés hecerlo, por ahora... es así...

P5: ¿Pero habló o lo vio? Porque ustedes se ven en la facultad, trabajan juntos ¿no es así...?

A5: Te decía que vas a tener que confiar en mí... que yo trataré de que vos puedas hacerlo... creo que tu interés en saber....

P6: (interrumpiendo) Soy curiosa... (Aniñada)... (Luego, más firme, agresiva): ¡Pero no! Sabe que pasa... ¡yo no existo! No soy... no tengo hijos... ¡no tengo pareja! Me mareo (se sienta en el diván)... No soynadie... tomé el remedio que me dio el psiquiatra, pero es la última vez que lo hago, lo voy a dejar... no doy más... estoy mareada... no puedo leer ni escuchar música... hoy me sacaron una muela... ésta... la de acá... (Trata de que yo vea, metiéndose el dedo en la boca para mostrarme, como una chiquita). Pero no quiero que me (inaudible)...

A6: (inclinándome hacia ella) ...No te escucho...

P7: ...Digo que no voy a tomar un antipsicótico... no... no... ¡y no!... (Enojada) me pongo furiosa... estoy mejor... por lo menos lo puedo decir... largo mi bronca... y que mande a cagar a alguien ¿no está mal, no?

A7: Estás mareada... y enojada con el psiquiatra. Mareada y

enojada... y como decís querés existir... ser alguien que vale... que se la ve... y creo que estás tratando de no ponerte mal conmigo y que yo te vea y de hacer un esfuerzo para no pelearte como el lunes que te fuiste enojada, sin saludarme.

P8: *...No sé... no sé...*

A8: *...cuando te enojás te da miedo... de que yo me enoje y no te quiera ver más ... quizá como tu analista anterior... tenés miedo de no poder confiar en mí y que otra vez se arruine tu tratamiento...*

P9: *...Es que no quiero antipsicóticos...*

A9: *¿? (Gesto de no comprender)*

P10: *¡Si! no quiero antipsicóticos. Porque yo sé lo que es eso...*

A10: *...¿Qué?*

P11: *Los antipsicóticos.*

A11: *...¿Los medicamentos para la psicosis...?*

P12: *¡Yo veo imágenes!... cuando me dicen psicosis... veo imágenes de psicóticos y me aterra... ¿no entiende?... ¿no entienden! ¿Eh? ¿¡No entienden?!... ¡me aterra...! No acepto lo que me dicen, lo que me dan... mamá me dijo... ponete firme... no aflojes... no aceptes que te mediquen...*

A12: *Entiendo que te da rabia, impotencia y que necesitás confiar en mamá... a toda costa... no querés perderla pero también querés que ella te reconozca. Tampoco querés que yo me enoje y que resulte todo arruinado... pero si mamá dice que no tomes los medicamentos que te da el psiquiatra qué dilema para vos decidir...*

P13: *...Le veo la cara a mamá... se alegra cuando yo no quiero... cambia... ella le tiene miedo a la medicación... no quiere que yo tome.*

A13: *...Le mirás la cara de alegría cuando vos no aceptás la medicación... necesitás estar al lado de ella... al lado de mamá... te sentís encerrada con ella... pero si salís... ¿en quién confías? ¿Con quién estás? ¿Si se va o si te vas, en qué confías? ¿Quién te queda?*

Te da miedo confiar en mí y que yo me enoje y te falle...y otra vez...

P14: *Todo es un lío, mamá, las pastillas y yo, es terrible... es una lucha de poder: 'te doy o no las pastillas' dice mamá ...todo es manejo, extorsión...todo juego sádico...*

A14: *Me decís que tu madre dice: 'Yo te doy las pastillas... te calmo o no te calmo... todo depende de mí'.*

P15: *...Ahora tengo un poco más de libertad... me deja la medicación por una semana... pero... ahí esta... vigilando... no es solo 'te*

calmo' ...ella goza con eso, es el placer... y el disfrutar de ella de darme o no las pastillas... Me dice recién antes de subir: 'no dejes que el Doctor te convenza de tomar el antipsicótico que te recetó el psiquiatra'... 'no aflojes'.

No sabe la cara de alegría que puso mi madre cuando le dije al psiquiatra que no iba a tomar esa medicación....que yo no era loca.

Yo estuve con psicóticos....desde los 16 años....mi primer pareja era esquizofrénico y sus padres me lo ocultaban... (Llora).

A15: A ver si comprendo: estabas mareada en tu casa, me hablaste que no venías...te quedabas encerrada en tu casa, con mamá... viniste... trataste de salir, pero ahora... ¿¿en quién podés confiar?! ¿¿Qué te quiero meter yo en la cabeza?!...¿ que estás loca?

P16: No sabe lo que es eso... él era esquizofrénico y nadie me lo decía, hacía cosas raras... y cuando estuvo internado yo iba a la clínica... convivía con ellos... había también un médico que me quiso tocar... todo era... terrible.

A16: ...Estabas encerrada...

P17: ¡Vivo encerrada!

A17: Pero te enojaste cuando te dije que quizá podías venir sola al consultorio....

P18: No voy a poder... es muy importante estar con ellos (con los padres) y que vengan los dos...

A18: ¿Por qué los dos?

P19: Así es... los dos... no puedo venir con uno... es importante para mí, que estén los dos. Me está saliendo bien mi trabajo en el SPA (hace aproximadamente 10 días concurre a un SPA que es a la vez un centro médico, para que le hagan masajes y tratamientos para adelgazar e intenta trabajar allí) me quedo horas... soy secretaria, me enseñan... también me empezaron a enseñar a dar masajes y les voy a proponer hacer un taller de reflexión para ver los roles que tiene cada uno allí... todavía no conozco a todos... pero creo que los clientes... o los pacientes... se confunden... uno le hace masajes, otro drenaje linfático... es un lío... quiero participar porque es una experiencia importante.

A19: Parece también una mezcla.... ¿te sentís cómoda así?

P20: Muy cómoda... me permiten ir y hacer muchas cosas... me tienen confianza... y yo quiero supervisar con la directora de la Escuela de Psicología Social, que es amiga... bueno yo fui alumna y mi mamá profesora... mi mamá también trabajan cuando se lo piden para el SPA.

A 20: ...¿Trabajan?

P 21: *Fue un lapsus, ¿no? Pero si, trabajan mamá... y papá algo también les hizo algún trabajo, se conocen...*”.

Fin de la sesión.

Esta es una sesión psicoanalítica con una paciente compleja. Reitero una vez más que estos pacientes desafían cualquier método de registro. Quizá la mayor fidelidad al transmitir la información a los colegas sea una descripción lo más libre posible del clima en que el encuentro se desarrolla así como de las ocurrencias contratransferenciales y de las actitudes de ambos participantes.

Es probable que lo que concierne a la transmisión de los contenidos verbales sea la más pobre y esto resulta muy diferente en los análisis de neuróticos. Debemos asumir que el lenguaje verbal nos resulta escaso para transmitir estas experiencias que siempre implican sensaciones de extrañeza, de miedo e incertidumbre, de ignorar el terreno que pisamos, de riesgo y que disparan pensamientos que pueden generar la interrupción del tratamiento, a culpar al paciente o a sus padres, a enemistarse con otros colegas tratantes, a sentirnos perseguidos por el temor de fracasar, y a no ser reconocidos por nuestros colegas.

Finalmente lo que sentimos y pensamos no difiere demasiado del tormento crónico de un paciente grave, pero si tenemos salud suficiente podemos procesar nuestros propios aspectos psicóticos de la mejor manera posible.

SEGUNDA ILUSTRACION CLINICA

El caso de Juan

Juan consultó a sus 21 años por ansiedad difusa y dificultades para concentrarse. Estaba extremadamente desinteresado de sus propias cosas. Decía estar “perdido en sus decisiones” tanto referidas al estudio (había comenzado, sin ninguna convicción, a estudiar psicología) como a sus decisiones sentimentales: tenía éxito con varias “amigas” como las denominaba, pero con ninguna establecía ningún vínculo afectivamente importante a pesar de que manifestaba su intención de hacerlo.

Comenzaba a sentirse extraño en su familia e intentaba no convi-

vir con ellos, solicitando “asilo”, como él decía, en casa de familiares y amigos. Estos retiros de su casa duraban unas noches, pero en los períodos en que convivía con su propia familia, trataba de no estar presente en las ocasiones en que sus padres se encontraban.

Sus padres, de unos 45 años, tenían otros dos hijos varones cuatro y dos años menores que Juan.

En algunas sesiones tratamos de precisar con el paciente la historia del alejamiento de su casa. Unos dos años antes de comenzar el tratamiento Juan termina el colegio secundario pero a diferencia de sus compañeros que encaran una carrera universitaria, se plantea conseguir un trabajo que le permitiera cierta independencia económica. A partir de su primer sueldo fantasea con irse de la casa y utiliza gran parte de sus escasos recursos en viajes cortos, a veces con amigos, sólo para alejarse. Estaba interesado por el miniturismo, con este pretexto –él lo decía así– visitaba ciudades cercanas o se instalaba en campamentos.

Comienza su análisis con dos sesiones semanales, una a su cargo y otra a cargo de los padres (“arrancada a mis padres” dice Juan).

Su historia no mostraba situaciones especialmente complicadas que valga la pena resaltar a los fines del relato de esta viñeta. Sólo me llamó la atención que las anécdotas con las que describía a sus abuelos lo mostraban buscando refugio en ellos en ocasiones de los frecuentes viajes de sus padres. También se acercaba a ellos en situaciones de cambio como la del pasaje de la escuela primaria a la secundaria.

Durante su escolaridad secundaria Juan se veía a sí mismo estando “siempre con un bolso preparado para quedarse en casa de amigos como antes lo hacía con los abuelos”.

Su historia más reciente comienza con una breve relación de pareja a la que a pesar de lo que él se proponía, maltrataba verbalmente, sintiéndose en esas circunstancias un “desconocido frente a sí mismo en la relación”. No podía explicarse la causa de estos maltratos. Por momentos se tornaba violento, sintiendo deseos de pegarle a su novia aunque sin llegar a hacerlo. Se le imponían ideas obsesivas de celos y el temor de tornarse violento lo hacía alejarse de toda relación comprometida.

Al comienzo de nuestros encuentros y en contraste con su marcado desgano respecto a sus actividades, me llama la atención notarlo muy interesado en la sesiones, que fueron transcurriendo en un clima agradable. A Juan le interesaba venir y a mí atenderlo. Esto se

mantuvo desde el principio hasta el fin del tratamiento y durante el comienzo del mismo podría decir que nuestros encuentros era lo único de su vida en que parecía mantenerse interesado.

Lo más destacable era que ambos esperábamos la sesión. Nos gustaba el diálogo que se generaba. La temática se refería al mundo de Juan, pero la modalidad no difería demasiado de un diálogo social intenso, entretenido y amigable. Esto motivaba que yo me planteara frecuentemente qué se me estaría pasando por alto. No aparecían los aspectos negativos de la transferencia a pesar que estaba atento por algunos detalles de la historia que he transmitido.⁴

Dialogábamos y poco a poco, Juan se fue ordenando, en sus estudios universitarios que ya finalizan, también en su trabajo y en su pareja.

Yo construía diversas hipótesis acerca de la eficacia de este tratamiento, aunque ninguna me explicaba convincentemente qué podía haber gestado tan significativos cambios. Después de algunos años ya no había en el paciente síntomas de ansiedad o imposición de ideas obsesivas y su vida de relación había mejorado considerablemente.

Frente a esta situación le planteé (fuimos planteándonos) el alta.

En una de sus últimas sesiones, le solicito su comprensión acerca de qué fue lo que yo le pude decir en estos años de tratamiento que él rescatara como esclarecedor. Le pregunto: ¿qué es lo más importante que yo te dije que te hizo ver las cosas de otro modo y cambiar algunas actitudes?

Y Juan me contesta: “no me dijiste nada, o no me acuerdo que me interpretaste... la verdad, no sé... no sé si me importa... lo que te puedo decir es que cada vez que yo hablaba vos escuchabas en silencio y después (subrayó mucho el después) recién vos hablabas sobre la cuestión. ¡Realmente era un diálogo!”, dijo Juan.

Me conmovió su respuesta y un recuerdo que apareció luego me lo aclaró: “Papá y mamá no dialogan nunca, pelean o no hablan”, “nunca hubo diálogo en casa”, “nunca nadie fue escuchado como acá vos me escuchás. Esto que ocurría acá en sesión siempre fue nuevo para mí y creo que por eso estoy mejor, esto es lo nuevo”.⁵

⁴ Estos aspectos generarían la discusión acerca de la “obligatoriedad” de la aparición de la agresión transferencial en pacientes de esta característica. Podría pensarse que yo evitaba encontrarme con estos vínculos. Pero preferí dejar en suspenso mi propio interrogante hasta ver cómo se iría desenvolviendo el tratamiento.

Más allá de otros muchos factores que pueden haber intervenido en esta gradual mejoría de Juan, es necesario prestarle atención a estas observaciones del paciente. Para Juan el diálogo no se había editado. Históricamente el dialogar no formaba parte del modelo vincular de Juan ni de su familia. En este sentido era una especie de hombre primitivo, bastante bien adaptado, pseudologando e intentando que las palabras alcanzaran para vincularse pero no para poder compartir, y menos en el terreno afectivo.

Su experiencia en análisis permitió recrear (aunque correctamente deberíamos decir crear) una situación novedosa en su relación vincular.

Los recuerdos reprimidos o conscientes que fuimos recorriendo se refieren a las enormes dificultades de encuentro y de diálogo entre los miembros de su familia, desde siempre.

Sin trazar una estrategia en el sentido que Juan planteaba, sin proponerme más que estar disponible en la medida que el paciente lo necesitara como un profesional lo hace en sus diversos casos, mi trabajo se había alineado con lo que dice César Aira (“Las conversaciones”, pág. 76, Viterbo, editora) “¡Que me importaban los relatos! Mi tarea sólo le concernía a la amistad, al juego de las réplicas y el entendimiento, los gestos y tonos de voz, en una palabra todo lo que fuera expresión de un pensamiento que competía y se compartía”.

Se me fue aclarando que la experiencia vivida por el paciente en sesión, editando algo inédito, fue clave en el caso de Juan.

BREVES CONCLUSIONES

Las experiencias con pacientes no neuróticos y no necesariamente delirantes son apasionantes si sabemos registrarlas sin tratar de “ubicarlas” forzosamente en una teoría metapsicológica de tal o cual autor.

⁵ Como ejercicio teórico digamos que Juan se hubiera convertido en un paciente grave, diferente al que aquí vemos, si el terapeuta no hubiese respondido a la necesidad de diálogo del paciente. En este caso entablar un diálogo era una necesidad. El necesitaba un diálogo continuado y posible para afirmarse como persona. No era un deseo de Juan, resultaba una necesidad que de no concretarse alteraba sus vínculos. De allí que Winnicott plantee “si el terapeuta se porta bien... actuará como una madre suficiente”. Si se porta bien podrá ponerse al servicio de las necesidades que habían quedado congeladas a la espera de un encuentro confiado que les permitiera aparecer y satisfacerse.

Estas experiencias parecen resultar necesarias para el crecimiento mental de pacientes deficitarios. Vivir nuevas situaciones emocionales y editarlas son base de sustentación para que sobre ellas pueda instalarse un modo más adecuado de operar con la realidad.

Una gran dificultad que debemos enfrentar es poder contarlas, transmitir las. En ese camino podemos quedarnos un tiempo, discutiendo entre colegas (si es o no análisis, si lo abarcamos desde tal o cual teoría, si corremos el riesgo de un eclecticismo anodino y paralizante) pero vale la pena. Seguramente esta transición en la que estamos contribuirá a nuestro propio esclarecimiento y en consecuencia al desarrollo de nuestra disciplina.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. (1967) Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Second Thoughts*. London, Heinemann.
- BLEICHMAR, H. (1997) *Avances en Psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Paidós, Bs. As.
- BOSCHÁN, P. (1995) Freud-Ferenczi: historia de una relación apasionada. Presentado en la AEAPG, 1995.
- BOTELLA, C. Y S. (1997) *Más allá de la representación*. Editorial Promolibro, Valencia.
- BOYER, B. (1983) *The Regressed Patient*. New York/London, Jason Aronson.
- FAIRBAIRN, W. R. (1941) A revised psychopathology of the psychosis and psychoneurosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 4, págs. 751-81.
- FERENCZI, S. (1928) Elasticidad de la técnica psicoanalítica. *Psicoanálisis*. Madrid, Espasa Calpe, 1984, Vol. IV., págs. 59-72.
- GALLI, V. (1982) Una perspectiva de investigación psicoanalítica en psicosis. XIV Congreso Psicoanalítico de América Latina, Bs. As.
- GABBARD, G. (2000) *Psiquiatría dinámica en la práctica clínica*. Ed. Panamericana, España, 2002, pág. 323.
- GIOVACCHINI, P. L. (1972) "Interpretation and definition of the analytic setting". *Tactics and techniques in psychoanalysis Therapy*, New York, Aronson, Vol.1, cap. 14.
- GREEN, A. (1975) El analista, la simbolización y la ausencia en el marco

- psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 32, 1975, págs. 65-114.
- KERNBERG, O. (1975) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México, Paidós, 1993.
- KAHN, M. (1963) *La intimidad del si-mismo. El concepto de trauma acumulativo*. Ed. Saltes, Madrid, 1980, págs. 47-66.
- KILLINGMO, B. (1989) Conflict and déficit: Implications for Technics. *International Journal of Psycho-Anal.*, 70.
- KOHUT, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press. *La Restauración del sí-mismo*. Barcelona, Paidós, 1980.
- KUHN, T. S. (1962) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press (2da. Edición 1970).
- LANCELLE, G.; LERNER, H.; NEMIROVSKY, C.; ORTIZ FRÁGOLA, A. (1990) Identificaciones propias e impropias en el psicoanalizar. *Psicoanálisis*, Vol. XII, Nº1.
- LERNER, H. Y NEMIROVSKY, C. (1989) La empatía en el psicoanalizar. *Psicoanálisis*, APdeBA, Vol. 11, págs. 129-143, *Actas*, XXVI, IPA Internacional Congress, Montreal, Canadá, 1987.
- MAHLER, M (1968) *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. Ed. Paidós.
- MARRONE, M. (2001) *La teoría del apego*. Ed. Psimática, España.
- McDOUGALL, J. (1980) *Plea for a Measure of Abnormality*. New York, Int.Univ.Pres. En español: *Alegato por cierta anormalidad*, Ed. Petrel. Bs.As., Segunda edición (1993), pág. 272.
- MELTZER, D. (1967) *El proceso psicoanalítico*. Ed. Paidós, Bs.As., 1968.
- MITCHELL, S. A. (1988) *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración*. S. XXI, Editores, 1993.
- MORIN, E. (1980) *El método*. Ed. Cátedra S.A., Madrid, 1993.
- NEMIROVSKY, C. (2007) *Winnicott y Kohut*. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos, Ed. Grama, Buenos Aires.
- PAINCEIRA, A. (1997) *Clínica Psicoanalítica. A partir de la obra de Winnicott*, Ed.Lumen, Bs.As., Argentina.
- ROSENFELD, D. (2007) *Psicoanálisis de los pacientes severamente perturbados*. Clínica de los pacientes severamente perturbados, www.apdeba.org
- ROSENFELD, H. (1965) *Psychotes states*. New York, Int. University Press.
- (1979) *Psicosis de Transferencia en pacientes Borderline*. Ficha APdeBA. De *Borderline Advances*, Edited by J. Leboit and Lapponi, (1978).
- SANDLER, J. (1976) *Intern. Rev. Psychoanalysis*, 3:43-47.
- SEARLES, H. (1966) *Escritos sobre Esquizofrenia*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.

CARLOS D. NEMIROVSKY

- Winnicott, D. (1945) Desarrollo emocional primitivo. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia, España, 1979.
- (1955) Variedades clínicas de la transferencia. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Ed. Laia, España, 1979.
- (1971) *Playing and Reality*, London: Tavistock Pub. *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1982, 3a. edición.

Carlos D. Nemirovsky
Laprida 1875, 7° “29”
C1425EKQ, Capital Federal
Argentina