

La salud, la enfermedad, los contextos y los cambios en nuestra práctica

Health, illness, contexts and changes in our practice

Carlos Nemirovsky

Miembro titular, con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, FEPAL e IPA

E-mail: cnemirovsky22@gmail.com

Resumo: El autor plantea los cambios en su práctica del psicoanálisis desde que comenzó a ejercerlo hasta la actualidad. Lo relaciona con los cambios contextuales y con los cambios en el tipo de pacientes que hoy encontramos en nuestras consultas. Se replantea las técnicas de abordaje que a la vez generan nuevas hipótesis teóricas.

Palabras-clave: salud; enfermedad; contextos sociales; cambios.

Abstract: The author raises the changes in his practice of psychoanalysis since he began to exercise it to this day. It relates to contextual changes and changes in the type of patients that we find in our consultations today. It reconsiders the techniques of approach that generate new theoretical hypotheses.

Keywords: health; disease; social contexts; changes.

A menudo iniciamos nuestro primer contacto con un paciente diciendo: ¿qué lo trae por acá? A veces, se va gestando un encuentro en el que se desarrolla una charla que transcurre con sus convergencias y divergencias. Nos vamos “midiendo”, tratando de entrever si podremos coincidir en el intento de trabajar juntos en un derrotero incierto.

Esperamos que quien consulta nos cuente que algo se ha quebrado o ha cambiado en él o en su entorno, afectándolo y desencadenando la entrevista.

Ambos solemos compartir una misma búsqueda tratando de bucear respecto a qué es lo que anda mal en él, qué no está funcionando, qué está afectado, qué síntomas, qué enfermedad.

Buscamos de qué manera hacen su aparición el sufrimiento o la mala adaptación. Alcira Mariam Alizade (2002, p. 17) señala que “Lo serio y lo sufriente han adquirido en nuestra cultura la categoría de importante”, quizá, explica, por

[...] la influencia de la educación judeo-cristiana plagada de sacrificios y castigos [...] Duelo, dolor, tristeza, angustia fueron determinados con mucho rigor. (Mientras que) alegría, bienestar, sentimiento de paz, equilibrio interior eran considerados afectos y vivencias que emergen *por añadidura* una vez que los traumas fueron elaborados.

Tratando de explorar aquello positivo, los aspectos saludables del paciente, me siento curioso, pero también un poco extraño, y, confieso con cierta vergüenza, descubriéndome a mí mismo en el trabajo diario, muy centrado en aquello “que anda mal” del consultante y, probablemente, descuidando sus fortalezas para enfrentar el problema.

Si pensamos diversas “definiciones” de salud psíquica, de esas que citamos en clase y que sintetizan el recorrido histórico de nuestra disciplina, encontraremos que estamos habituados a citar “el amar y trabajar” con el que sintéticamente recordamos a Freud; también a considerar la salud como el arribo a la posición depresiva desarrollada por Klein o la aceptación de la castración de Lacan quien – recuerdo de paso – decía tratando de *definir* al psicoanálisis.

Lo defino como un síntoma, revelador de la enfermedad de la civilización en la que vivimos. Ciertamente, no es una filosofía. Aborrezco la filosofía, hace ya mucho tiempo que no dice nada interesante. El psicoanálisis tampoco es una fe y no me gusta llamarlo ciencia. Digamos que es una práctica y que se ocupa de lo que no anda bien.¹

También me acordé de Bion, para quien la capacidad para tolerar la frustración es subrayada como una aptitud saludable que posibilita el desarrollo del pensamiento, permitiendo comprender el mundo y a uno mismo. Bion propone a la función del pensamiento como la base de la salud mental. Pensar, para Bion, es salud.

¹ Entrevista a Lacan realizada en 1974 por Emilio Granzotto. Inédita hasta 2004, la publicación literaria Magazine Litteraire, se encuentra en <<https://gentequenecesitaterapia.wordpress.com/2006/02/20/entrevista-desconocida-con-jacques-lacan/>>. Accedido en: dic. 2018.

Saltando algunos autores llegamos a Winnicott, quien enfatiza que la salud no es sólo la ausencia de síntomas neuróticos y que no es la satisfacción pulsional lo que le otorga el sentido a la vida. La salud, en sus palabras, debe ser considerada en relación a la madurez alcanzada en cada período de la vida, refiriéndose a la capacidad del *self* de contener a las experiencias instintivas y a los afectos y de ir logrando la diferenciación del sujeto del mundo externo. La salud individual, sigue diciendo, sólo se podrá alcanzar en una sociedad que la posibilite (señala que un sujeto no podrá alcanzar la madurez en un escenario social enfermo). Entonces, para Winnicott, las condiciones presentes en su concepto de salud en un contexto adecuado serán: el responsabilizarse por las faltas cometidas, el sentirse real, el habitar su propio cuerpo con plenitud y especialmente la capacidad para crear.

Winnicott, postula que la creatividad comienza en los primeros momentos de la existencia siempre que el objeto, dado por el medio aportador, esté allí para que el sujeto lo cree. El objeto (real) será el anclaje para el desarrollo de la subjetividad creadora. Pero, aclaremos que el lenguaje de Winnicott es, especialmente en esta zona, un poco más complejo que su apariencia: cuando él nos habla de lo objetivo, no se refiere a lo real. Tampoco lo alucinado es sinónimo de subjetivo (Ripesi, 2010). Es condición necesaria la presencia del objeto real, pero para que de él el sujeto haga su propio invento (el genio de Dalí decía: “cuando veo, invento”). Si no hay “invento” no hay creatividad. Es necesario alucinar para que las cosas tengan sentido para mí.

Es difícil decir qué es creatividad. Rosales, dice que crear es “buscar lo necesario inexistente”.

Dando vueltas alrededor del concepto podría decir que cuando uno crea establece lazos, inventa puentes que modifican lo previo, o ve lo que otros no vieron.

Si estamos vivos, (en el sentido de Winnicott no muertos en vida) y sanos, podemos crear, pero si nos creemos dueños de una verdad, ejercemos el poder con nuestras ideas. Con la imposición nos alejamos del ámbito de la creación. Caso contrario, si nos sometemos a las ideas de otros, crearemos... como los loros.

Crear implica necesariamente alejarse del punto de partida para llegar, si llegamos, a otro distinto diferente.

Winnicott reformuló la teoría psicoanalítica del desarrollo, entendiéndolo como un proceso madurativo que puede ser o no facilitado. Con estos aportes, podemos considerar que una vida tiene significado cuando supone el cumplimiento del potencial individual.

También puede decirse que “la salud implica la habilidad de aprender una experiencia nueva. Curiosidad, capacidad de ser sorprendido y tolerar la novedad forman parte de las características necesarias para crear” (Avila, 2013, p. 506).

Caetano Veloso decía que “visto de cerca, nadie es normal”. Teniendo este comentario tan acertado in mente, personalmente, considero al concepto de salud mental como una resultante intersubjetiva, que no es enteramente objetivable y que está culturalmente determinada. Es una construcción social y cultural, por lo que no podemos dejar de lado la interdisciplina para encarar este tema: sociología, antropología, política y quizá neurofisiología puedan contribuir a nuestros conocimientos.

Nos atrae más ocuparnos de la enfermedad que de su prevención. Pero además la prevención implica un planteo de políticas de salud. Es cierto que sólo conociendo la enfermedad podremos prevenirla o estimular los aspectos sanos del paciente. Pero esto está también sujeto a una cuestión ideológica: si recordamos las características de la pulsión como las menciona Freud (fin, fuerza, fuente y objeto), sólo este último (el objeto) puede ser contingente y si lo dejamos de lado excluiríamos uno de los aspectos más importantes en la vida psíquica del individuo. El así llamado objeto (la madre, la familia, etc.) puede operar en detrimento o en beneficio de la salud.

En la misma línea, David Liberman decía que un Yo idealmente plástico representaba los aspectos saludables, pero éste solo podrá constituirse en su riqueza y fortaleza si se encuentra estimulado desde un medio adecuado.

Muchas teorías que se ocuparon del desarrollo son posteriores a los años ´50 y casi todas subrayan el valor del medio. Se jerarquizan el bienestar subjetivo, el potencial emocional, en relación con la autonomía y a la siempre paradójica adaptación/desadaptación.

Un comentario respecto al método de recolección de datos y de la operatoria del psicoanálisis hoy. La mayoría de los teóricos relacionales e intersubjetivos (S. Mitchell, L. Aron, Summers, Bromberg, Jay Greenberg, I. Hoffmann, Jessica Benjamin) adoptan una posición heurística, no deductiva a partir de la teoría. Es decir, derivan sus ideas de la clínica, del sujeto que experiencia, no de normativas. De hecho, definen la terapia psicoanalítica como una forma *no normativa de interacción e indagación*.

Avalando lo que estamos considerando, curiosamente, el nuevo DSM5 dice “el diagnóstico debe realizarse en el marco de una formulación del caso” (antes de ofrecer tratamiento es importante tener presente la singularidad del paciente y la singularidad del terapeuta, así como la relación que se establece entre ambos en un determinado contexto

(Bernardi, R. 2014). Me parece entonces, imprescindible, dirigir nuestra mirada a los contextos en los que estamos insertos y a la historia de los mismos. Esto quizá nos dé una pauta que nos ayude a comprender el desarrollo de nuestras conceptualizaciones y apreciar los sesgos de la época y del poder.

El autor de *La sociedad del cansancio*, Byung-Chul Han, dice desde Alemania, que en la sociedad occidental se está planteando un progresivo cambio de paradigma: el exceso de positividad está arrojando como resultado lo que llama una sociedad del cansancio, señalando que junto con el slogan “*Yes we can*”, la sociedad produce individuos agotados, fracasados y depresivos.

La explotación a la que uno mismo se somete es mucho peor que la explotación externa. Es más eficiente y productiva debido a que el individuo decide voluntariamente explotarse a sí mismo hasta la extenuación y resulta muy difícil rebelarse cuando víctima y verdugo, explotador y explotado, son la misma persona.

Dice el autor: “todos nosotros deberíamos jugar más y trabajar menos, entonces produciríamos más”.

Continúa diciendo que la sociedad del trabajo y el rendimiento (agrego, basada en la tecnología) no es una sociedad libre. Es una sociedad de dopaje y de rendimiento autista. Produce nuevas obligaciones. En esta sociedad de obligación, cada cual lleva consigo su campo de trabajos forzados. Todos, incluso el ejecutivo mejor pagado, trabajamos como esclavos aplazando indefinidamente el ocio.

Byul Chun Han subraya que toda época tiene sus enfermedades emblemáticas. Así, hay una época bacterial que llega a su fin con la invención del antibiótico. El comienzo del siglo XXI, desde un punto de vista patológico, no sería ni bacterial ni viral, sino neuronal. La depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno límite de la personalidad (TLP) o el síndrome de desgaste ocupacional (SDO) definen el panorama patológico de comienzos de este siglo. Estas enfermedades no son infecciones, sino estados patológicos que siguen a su vez una dialéctica, pero no una dialéctica de la negatividad, sino de la positividad, hasta el punto de que cabría atribuirles un exceso de esta última.

Entonces, reveamos ¿Qué caracteriza a nuestros contextos? ¿Cómo significar al medio en el cual emergen nuestras ideas? ¿Qué justifica la prioridad que siempre le dimos a la búsqueda de la enfermedad, más que de los aspectos saludables? Una de las cuestiones que hizo que nos centráramos más en la enfermedad era que consideráramos a TODO el psicoanálisis norteamericano sin discriminar como *pasivo/adaptativo*.

Miramos siempre más a aquello que venía de Europa, sin reparar demasiado en nuestros Pichon Riviere, Blejer, Liberman, y tantos otros.

Nos enamoramos del pesimismo francés. Esto, sin duda ha tenido su “daño colateral”. Creo que tenemos un fuerte resabio de la civilización de la Europa de 1900 y de su ideología y no nos atrevemos a reconocer que nuestro psicoanálisis latinoamericano o si no queremos ser tan abarcativos rioplatense tiene su propia historia y su desarrollo.

Aquí 7 diapositivas acerca del contexto, los prejuicios y las perspectivas a través de las que pensamos. (Teorías, *contexto*, poder y perspectivas).

1. Conflictos y déficits

Otra de las características de las diversas teorías psicoanalíticas que han aparecido en las últimas décadas, por supuesto emergentes de la cultura que las genera, han centrado su atención en los déficits, más que en los conflictos. Los primeros tienen que ver con las experiencias faltantes.

¿Por qué se ha trabajado más el conflicto que el déficit de experiencias?

El conflicto, según algunas teorizaciones, puede en tiempo presente, no involucrar a otros, describiéndose como una lucha entre instancias del psiquismo. *La idea de déficit es siempre intersubjetiva porque se refiere a las experiencias, a aquellas experiencias faltantes.*

Creo que hoy trabajamos al menos con 4 hipótesis respecto a la génesis de patología (H, Bleichmar):

1. con los derivados del deseo que lleva al conflicto edípico.
2. con los restos de necesidades preedípicas, tempranas: apego y lo que deriva del desamparo (*Hilflosigkeit*), aquello que tiene que ver con la autoconservación, con la satisfacción de la necesidad y la seguridad: el sobrevivir.
3. con identificaciones que no siempre son derivadas de conflictos.
4. Con lo traumático (aquello que en realidad persiguió, dañó, violó la intimidad etc.).

El primer punto – aquello que deriva del deseo sexual, infantil, inmortal – tuvo amplio tratamiento en nuestra disciplina hasta los años 1940/1950. En estos años concurren varias situaciones que determinar una mayor apertura del psicoanálisis hacia el contexto, que podemos sintetizar en la base empírica cambiante, los huérfanos de la guerra, el trabajo de la mujer, la incorporación a los tratamientos psicoanalíticos de niños

y psicóticos, y la desaparición del fundador del psicoanálisis que coincide con la aceptación social definitiva de nuestra práctica)

Los puntos 2 y 3 se refieren a las necesidades preedipicas que aparecen como consecuencia de fallas medioambientales y las identificaciones a las que hago referencia resultan de la presentación del mundo por parte de los criadores.

La idea del trauma único ha sido desplazada por la de microtraumas. Hoy E. Laurent (2006) sentencia: “Todos, menores o no, seremos cada vez más, hijos del trauma real”, dado que hoy, continúa “lo que no es programable, deviene trauma”.

Una típica situación en la consulta de hoy día se refleja en este mensaje de mail de MIRI (55 años):

¿porque estoy tan frágil?, me quiebro continuamente. Creo que esta vez perdí el rumbo en serio... para colmo a fin de mes se termina el cursito de Filosofía, que está ordenando mis ideas y me está introduciendo en otro mundo. Lo único que quiero es rajarme al África. No le encuentro sentido a nada. La rutina y el desgaste de la cosa cotidiana están terminando conmigo. Quiero vivir algo que me haga vibrar, que me dé placer y lo único de lo que soy capaz es cargar con rutinas propias y ajenas que me quitan energía y en las que pierdo tiempo de vida. – Quiero nutrirme y me deshidrato.

Lo que deseo, lo que siento, no es posible, ni probable.

Siento que, salvo mi hija, nadie me ama y necesito amar y sentirme amada.

Todo es hueco, se cumple con el entorno, con lo social, con la familia, con la preservación de las cosas que nos han de sobrevivir, y ¿para qué?

Me pregunto si tiene sentido que me deje contener por Ud.

Ud. muchas veces es demasiado racionalista para una mujer como yo, que está liberando muchas emociones por primera vez en su vida.

Es como si hubiera entrado en la tercera etapa de mi vida, primero fue la familia original, el colegio, la universidad... la segunda la crianza de mi hija sin padre y ahora en la tercera... que supuestamente es propia... no logro hacer nada para mí. Ni el vino me da placer ahora, me estoy quedando vacía, sola. No sé si la secuencia de sesiones que diseño para los próximos dos meses va a dar resultado, a lo mejor me quedo con más ganas de tiempo suyo. Cuando se levanta de su sillón, al cumplirse los 50 minutos de la sesión, me siento mal, sobre todo los jueves, cuando me da la sensación de que está listo para rajarse, cuando lo siento más cansado.

No me diga que estoy de atar, porque soy consciente de ello, pero ¿para que me sirve?

Lo quiero mucho, es Ud. muy importante en mi vida, espero no haberlo ofendido con lo que escribí, si así lo hice no fue mi intención.

Pase buen fin de semana.

Quizá este es un ejemplo de aquello que ninguna teoría clásica abarca. Son algunos de los pacientes que vemos hoy, entre perplejos y angustiados, que se perciben a si mismos como “anestesiados”, “irreales”, “vacíos”, “extrañados”, “frágiles”, “inexistentes”, “transparentes”...

La búsqueda del otro no tiene tanto que ver con el deseo como con la economía psíquica de la necesidad sobre la que se asienta la conducta adictiva y las organizaciones de sexualidad perversa, en las que la sexualidad se utiliza como una droga. (McDougall, 1981)

La supervivencia a la que se refiere McDougall corresponde al intento de satisfacer necesidades del *self*. Coincide con Green (1990) “El problema mítico del paciente de nuestro tiempo ya no es Edipo sino Hamlet²”. Y sigue diciendo Green (1990):

Consideré que desde Freud había cambiado probablemente menos la población de analizandos que la escucha de los psicoanalistas. Por cierto no se puede desconocer que encontramos menos neuróticos que en la época de Freud, aunque sólo sea porque aquella población está más repartida entre una cantidad mayor de analistas. Pero esencialmente la escucha del analista ya no es la misma. Hoy es más sensible para detectar conflictos cargados de potencial arcaico, que tal vez se descuidaran en el pasado.

Winnicott lo ha dicho muchas veces, podemos hablar de dos tipos de personas:

1. a las que el medio ambiente les ha provisto de objetos suficientes para con el tiempo vayan logrando su propia individualidad y

2. las que han sufrido experiencias traumáticas debido a haber sido dejadas caer, por el medio hostil por ausencia o intrusivo por exceso.

² Aunque si pensáramos a Edipo desde la perspectiva del abandono de sus padres, hasta el vengativo asesinato de Layo, veríamos grandes similitudes con Hamlet.

Las personas del primer tipo tuvieron un contexto de cuidado infantil suficiente, y podrán desarrollar un nivel neurótico de patología. Pero, los que han tenido un déficit en el cuidado infantil, tenderán a sufrir derrumbes, psicosis, pánico, cuadros fronterizos o esquizoidías.

Los analistas ahora somos distintos a los de principio de siglo, recalco 3 aspectos (aclaro que son impresiones personales):

1. No vivimos en Viena sin teléfono (invento de 1876), con escaso alumbrado público (principios de 1900), transportes, ni ponemos mantas en el diván. (Luz eléctrica, gas de red y transporte público comienzan bastante después de 1900) A diferencia de los primeros analistas, habitualmente no atendemos en nuestras casas o si lo hacemos, está n/consultorios en un ambiente muy separado. Recordemos los almuerzos de Freud con muchos de sus pacientes y la relación que podemos establecer entre los pares encuentros/resultados historia y ausencias o desencuentros/resultados borders o esquizoides.

2. No necesitamos adherirnos portando ningún anillo a “La” *Teoría Psicoanalítica*, en singular. Teorías hay muchas y surgieron en distintas épocas como necesidad de dar cuenta de lo que la anterior o la de al lado para no plantear el problema del progreso, no abarcaba.

Recordemos que las teorías en mi criterio son epocales, dependientes de la base empírica, geográficas, transitorias, a veces efímeras, dependientes del poder y de los grupos de pertenencia de las asociaciones, son reactivas y siempre ligadas a la vida personal del autor. Tampoco abarcan toda nuestra clínica.

3. Creo que somos más sinceros. Quizá porque no tenemos otro remedio, porque a la larga se sabe lo que hacemos y como nos portamos. Tenemos más libertad. Especialmente con pacientes graves, decimos: “...tuve que hacer esto o aquello... se trata de un paciente grave!” Y los colegas comprenden: “claro, es un paciente grave”.

Pero lo bueno es que afortunadamente tuvimos que apelar a nuestra propia inventiva personal, lo hacemos porque como decíamos, ninguna teoría abarca aquello que hacemos, y esto, además de hacernos crecer y aprender parece necesario para algunos pacientes.

Revisando encuentros, “encontronazos” o tratamientos con pacientes tempranamente traumatizados, constantemente, encuentro dos cuestiones:

a) Cómo conservar al paciente o posibilitar un dispositivo que permita el aguante del analista.

b) Cómo conservar la espontaneidad (o como no ser reactivo) siendo neutrales, considerando que para estos pacientes es vital la experiencia verdadera a partir de la cual tomarán lo que puedan (como identificaciones para poder adquirir una modalidad reflexiva).

2. Algunos cambios en el rol del analista de hoy³

En la década del 1970, cuando comenzaba mi formación, tenía la necesidad de sentirme seguro, “sabía” – en correspondencia con la teoría que había aprendido con ahínco en los seminarios –, cual era mi rol profesional en el análisis y de qué manera se lograba el cambio en un paciente. Viéndolo desde nuestros días, claro, estaba mucho más seguro que ahora.

Después de más de cuatro décadas de ejercicio clínico, voy encontrando que las palabras que hoy más utilizo de mi diccionario psicoanalítico, novedosas en mi léxico profesional, son: confianza, intimidad, relación, esperanza, paciencia, preocupación, acompañamiento, compromiso, espontaneidad, interés; así como los verbos aguantar, posibilitar, acoger, contener, jugar. Estos términos que empleo, tal vez sean correlato de aquellas palabras con las que describimos los diagnósticos de nuestros consultantes de hoy, más próximos a la sexualidad compulsiva que al amor, que ya no padecen de aquella crispación neurótica del siglo XX, sino que los encontramos alexitimicos, aburridos, dependientes del consumo, padecientes de depresiones vacías, con ideales huecos; pacientes que han cursado infancias favorecedoras de déficits de experiencias y que están más cerca del trauma por ausencia de figuras estimulantes, que del conflicto entre instancias psíquicas ya formadas.

También me encuentro en estos años, con pacientes que temen enfrentar una situación laboral, social o amorosa, por carecer de herramientas para hacerlo y no por padecer de una particular psicopatología inhibitoria. Se sienten como personas descolocadas, desubicadas, que a veces mienten para justificar su imposibilidad de hacerse cargo de una situación.

³ Fragmento del trabajo publicado en *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 78, 2016.

También me encuentro con algunos pacientes que he denominado provisoriamente “no psicóticos/no neuróticos” y que no son borderlines, sino que muestran cierta chatura emocional, desinterés y una adaptación al medio que comienza a fallar. Puedo apreciar que transcurridos unos meses se vitalizan, encontrándose con aspectos creativos antes inexistentes o congelados. Pareciera que un encuadre constante y confiable permite un contacto vitalizador, recordando aquello que señalara D. Winnicott en 1954: que la vida “sea algo que vale la pena vivir”. Esta vitalidad se va generando en un vínculo de intimidad que pareciera ser inédito en la vida de estos pacientes.

Me cuestiono con asiduidad las explicaciones que me doy en cuanto a mi desempeño en el desarrollo de un tratamiento y, al mismo tiempo, me arriesgo a vivir un tiempo en la incertidumbre, sin respuestas precisas. Voy ajustando, cada tanto, “mi definición” del psicoanálisis que practico, de acuerdo a las experiencias que voy adquiriendo, intentando alejarme de todo prejuicio y tratando de reflejar en los conceptos mi tarea diaria en el consultorio.

Sé, cada vez más, que describir fehacientemente nuestra práctica no deja de ser una ilusión, ya que muchos aspectos importantes de la relación de intimidad que se establece con el paciente, resultan inefables y no son visibles a nuestras propias percepciones. En este sentido una sesión no deja de ser como un sueño, que poco a poco, se nos va escapando de la memoria, transformándose. Quizá los mejores relatos que describen la intimidad de una relación, como las que aspiramos en nuestra consulta, las encontremos en el arte o en la literatura y no en las descripciones que hacemos los analistas, que no dejan de ser sesgadas. Seleccionamos, inevitablemente, (aquí hay que recordar a Ricœur, 1977) aquello que puede ser dicho dentro de la dimensión narrativa. Ni aun intentando esforzarnos al máximo, o utilizando la más sofisticada tecnología, sería posible de reproducir con “fidelidad”. Pensemos si tuviésemos que contar un encuentro amoroso, ¿cómo lo haríamos? ¿Cómo podríamos relatar la relación de intimidad? Se me ocurre que quizá nos detendríamos en la relación entre las miradas, el tacto, la piel, el clima emocional, los miedos, los tonos y texturas, y mucho menos en la semántica de las palabras.

Cuando intento describir mi tarea, voy bordeando lo que resulta difícil de representar, anoto lo que aparece con intensidad en una sesión tratando de reflejar la manera en que lo hemos construido junto al paciente. Vamos tratando de conseguir palabras para describir diversos estados afectivos y, poder hacerlo, nos alivia a ambos. Un paciente me decía que se percibía sin objetivos, como muerto en vida, extrañado,

desolado, separado de todos, y se nos fue ocurriendo una imagen de él a la intemperie. Ambos construimos una fantasía a partir de esa imagen y describimos diversas escenas, que fueron calmando la tensión inicial, a la vez que nos acercaban a sus sentimientos más profundos. Intentamos armar representaciones compartidas, con las que por momentos, pudimos dar cuenta de esa sensación de extrañeza, de no pertenecer, de extranjería, que a la manera de una despersonalización crónica, es tan frecuente hoy día.

Si no tenemos demasiado miedo, comenzamos a explorar la relación con el paciente, siendo probable que después vayamos a buscar lo que hemos registrado durante el transcurso de la sesión, viendo si en alguna bibliografía está escrito eso que experimentamos y que pudimos observar. Vemos si algún artículo se ha ocupado de ello, con la idea de intentar encontrar alguna respuesta acerca de lo que hacemos en nuestro consultorio. Vamos buscando algún autor con quien dialogar confiados. Así, en ese diálogo y a partir de nuestra práctica, adoptamos algunas teorías más o menos transitorias que nos son útiles, y vamos renovando las hipótesis que teníamos y que ya no nos satisfacen.

Hoy podría intentar una “definición” provisoria de lo que hago, al decir que el psicoanálisis que practico, es un acercamiento al paciente resonando afectivamente con él y cuestionando su narrativa a través de un diálogo mayéutico. El encuadre donde transcurre este diálogo no abarca sólo las constantes témporo-espaciales de la tarea, sino que incluye un marco ético de seguridad. Desde este punto de partida, sumergidos en la relación, es prioritaria la consideración de aquello que al paciente lo trajo a la consulta y sus antecedentes. Esta relación es para mí la unidad mínima de abordaje a considerar; es a partir de allí que “creamos” la historia del paciente. En este vínculo, desarrollamos nuestras particulares maneras de manifestarnos o de expresarnos en todos los aspectos, verbales y corporales. Un aspecto ineludible de este vínculo, es el análisis de las transferencias recíprocas, que incluye las transferencias reeditadas – aquellas que derivan del conflicto reprimido –, o las novedosas, que surgen por primera vez, gracias a la relación.

Prefiero hablar de transferencias recíprocas (también podría denominarlas co-transferencias) y no de contratransferencia, ya que en ambos se producen fenómenos transferenciales producto de la relación.

3. Un poco de historia

Esta descripción, sintética, de mi manera actual de trabajar, ¿implica un cambio en mi práctica desde que la he comenzado? Si, y mucho. En los primeros años de ejercicio de mi profesión, esperaba el “natural” despliegue transferencial del pasado del paciente sobre mi persona que deducía del “material manifiesto”, siempre superficial, y cuyo valor era posibilitar desentrañar lo latente, inconsciente. Consideraba como mi contratransferencia la reacción hacia aquello que provenía del paciente; cuando participaba lo hacía especialmente con interpretaciones, tratando de incluir en ellas las fantasías del paciente sobre mi persona, la reedición de sus relaciones objetales pretéritas y las defensas frente a la angustia que se generaba en la relación, teniendo en cuenta la posición de él o la mía frente a las ansiedades relacionadas con el armado particular, según la historia del paciente, del Complejo de Edipo. No solía detenerme en el contexto, sino como referencia. Lateralmente, me ocupaba de aquello que era el “vehículo” de las palabras, como el tono, el timbre, la cadencia. Utilizaba los señalamientos o preguntas, pero sólo en la medida en que llevaban hacia la interpretación. Finalizada la sesión, solía sentir satisfacción cuando mi participación confirmaba la teoría que la fundamentaba. También percibía un sentimiento de extrañeza conmigo mismo, dado que desempeñarme como “buen alumno” de las teorías que iba aprendiendo me hacía dejar de lado mi espontaneidad; asumía que no era conveniente ponerla a jugar ya que atentaba contra la neutralidad analítica. En esa época, era habitual que comenzara la interpretación diciendo “en realidad, lo que usted me quiere decir...”, adueñándome de la realidad como verdad, producto de mi actividad tendiente a develar el inconsciente del paciente, verdadero objetivo del análisis, que transitaba por la vía de un camino regresivo, en el cual se destacaba la dependencia al tratamiento, encarnado en mi persona. Estaba, también, muy atento a los duelos que significaban las separaciones, correspondientes a las vacaciones o a los fines de semana, que, si no eran vividas con tristeza por el paciente, entendía que estaba defendiéndose maniacamente. Todo sueño era considerado en profundidad, tomando alguna de las asociaciones del paciente que coincidían con aquello que yo pensaba como jerárquico. Si un paciente soñaba con un animal feroz, era probable que señalara un ataque al vínculo. Si algunas de estas constantes centrales (sueños, ansiedad frente a las separaciones, relaciones de exclusión o competencia) eran dejadas de lado, proponiendo un abordaje focal o limitado, la tarea no era considerada psicoanálisis. Respecto al encuadre, reflejaba las constantes témporo-espaciales que yo proponía y a las que el paciente debía atenerse. Dado que la demanda de análisis era intensa en nuestro

medio años atrás, yo podía arreglar los horarios de atención en base a mi propia agenda, a la que el paciente solía adaptarse sin problemas.

Aunque no solía estar cómodo adoptando estas maneras de trabajar, consideraba que estaba aprendiendo. Respetaba a mis profesores y trataba de imitarlos.

4. Los cambios en mi práctica

No es el objeto de este trabajo reflexionar acerca de los cambios que obedecen a causas externas a nuestro campo y que corresponde analizarlas desde la sociología. Sólo quiero mencionar que los psicoanalistas estamos insertos en un contexto, que implica modalidades diversas de atención profesional. Estas modalidades modifican la estructura de la prestación en el área de la salud – basadas en la “eficiencia” a partir de la “evidencia” que intenta forzar la reducción, que creo imposible, de la experiencia subjetiva del vínculo analítico, a un número que satisfaga las necesidades de los sistemas de salud. Esta ecuación es disparatada en su concepción, pero predomina en las empresas que promueven los seguros de salud.

Quisiera enfocarme en mi manera de participar en las consultas y en las sesiones. Desde el trabajo fundante de los Baranger M. y W. (1961-1962), sabemos que la base del método psicoanalítico es el contacto en el campo único que se crea entre analista y paciente. La pareja irrepitible que configuran ambos, contiene maneras de ser y de contactarse entre los dos, que posibilitará encontrarse con diversas perspectivas para abordar conflictos. Las construcciones que allí surgen son ficciones dentro de una narrativa que los dos desarrollan, creando personajes, teniendo en cuenta que toda realidad es “real-ficción” (Lemma, 2015)

En diversos escritos (Nemirovsky, 2007; 2011) he planteado los orígenes de los cambios por los que fui transitando. Varias situaciones los motorizaron: por un lado, mi “base empírica”. Me refiero a mis pacientes con sus modalidades de consulta y la disposición de estos frente al tratamiento. Por otro, mi manera de pensar (mis perspectivas teóricas) y de abordar la situación (mi práctica). Sabemos que las teorías obedecen a un orden epocal, que son habitualmente incompletas, que dependen de la base empírica sobre la que reflexionan, que suelen ser reactivas a otras previas y que, muchas veces, están ligadas al poder institucional. No podemos sostener perspectivas iguales en épocas diferentes. Estas teorías son subsidiarias de la práctica y creo que un aspecto de los disparadores de ese cambio, quizá sino el más importante, es el gradual desplazamiento

de nuestra “base empírica”. Mi opinión es que en las últimas décadas se ha deslizado desde las patologías neuróticas, hacia aquellos pacientes en los que predomina la disociación sobre la represión. Por otro lado, trabajar en los límites de las posibilidades terapéuticas refleja gran parte de nuestra tarea cotidiana; la consulta en los últimos años se concentra en pacientes con los que se generan encuentros muy alejados de los que fueron descriptos en el siglo pasado. Hoy, nuestros pacientes tienen una menor frecuencia de sesiones, las suspensiones por traslados y los períodos de ausencia por vacaciones o por trabajo son habituales. El tipo de patología predominante y las características enumeradas de los encuentros, hacen que sean corrientes las situaciones en las que no podemos disociarnos como para tomar una distancia de observación suficientemente útil. Esta clínica que se nos plantea compleja no es sinónimo de clínica del paciente grave; es decir, no me refiero como necesariamente *complejos* a los pacientes llamados *graves* como los psicóticos, borderlines, psicópatas, adictos, psicosomáticos, disoréxicos, hoy tan frecuentes. (Nemirovsky, 2009). A mi entender, lo que resulta complejo para el analista abarca un amplio espectro de situaciones de la práctica profesional por las que transitamos, independientemente de las categorías taxonómicas. Las clasificaciones resultan cada vez de menor utilidad, dicen poco respecto al posible desarrollo del tratamiento, – dado que puede ser más engorroso tratar a un neurótico que a un psicótico –, además de que estas clasificaciones se van replanteando de acuerdo a las perspectivas de cada autor y están sesgadas por la época. Tengo cada vez más claro que no es la pertenencia a un grupo diagnóstico lo que define la gravedad de un paciente, sino las particularidades del campo relacional que se establece con su analista.

En mi trabajo trato de proponerme una actitud abierta y receptiva a partir del compromiso y de una participación, que en un ámbito neutral, requiere de mi espontaneidad, de mi creatividad y de mi honestidad. Con neutral me refiero a responsabilizarme por mantener la sesión en un área lúdica, transicional, como lo plantea Pizer (1992). Me veo interactuando con el paciente con todos los sentidos, con la palabra, el cuerpo y la acción, que son los elementos que intervienen ineludiblemente en la relación de esta experiencia compartida. Con respecto al uso del diván, dejo a criterio del paciente si quiere reclinarse en él o si prefiere sentarse en un lugar u otro de mi consultorio. Comprendo los argumentos de algunos colegas relacionados con las dificultades de comunicación que el uso del diván pueda acarrear. Stolorow (2010), dice al respecto: “El uso ritualizado del diván me parece particularmente peculiar en cuanto el rostro humano ¡es el lugar principal de la comunicación afectiva no-lingüística!”. Sin

embargo yo he visto pacientes que lo pueden utilizar durante un período – o permanentemente – cuando, entre otras cuestiones, no les es posible enfrentarse al analista. Intento respetar esa delimitación espacial como una necesidad del paciente. Nuevamente, esta situación es una de las tantas que nos hace pensar que no hay generalizaciones; debemos pensar caso por caso.

Considero el espacio analítico como un espacio de juego compartido, en el cual la iniciativa corresponde al paciente. Al decir esto no me refiero a que él comience la sesión, porque podemos hacerlo indistintamente, sino que intento que sea él quien pueda desplegar su creatividad, facilitando o proveyendo desde mi rol los elementos necesarios para que él se beneficie de la acción terapéutica. Los roles no son simétricos en este espacio, yo participo y observo. Sé que el paciente viene a verme para aliviarse y éste es un objetivo que no debe escapar al tratamiento. Desde mi rol como proveedor o facilitador, trato de aceptar las transferencias, sostener la metáfora del juego analítico, adaptarme a las necesidades de dependencia y contener la regresión. Estas son tareas tan valiosas como tolerar la no integración, lo insensato y la no comunicación. También trato de mantener un encuadre posible y aceptado por ambos y dar por terminada la sesión (aunque no siempre queramos), así como contener interpretaciones y emociones, espejar, sobrevivir y rescatar los gestos reparatorios. Esto lo he aprendido principalmente de Winnicott (1971) y, como él lo señalara, aunque hiera nuestro narcisismo y nos disguste, también es necesario aceptar ser usado y olvidado. Pero, para poder aceptar que nuestros pacientes nos dejen de lado y sigan su desarrollo, debemos ser y sentirnos saludables.

Valoro la relación que vamos creando, en un ámbito en el que podamos ser espontáneos y auténticos, especialmente en el terreno emocional, lejos de toda impostación. Asumir nuestro rol es también terapéutico para nosotros mismos, porque nos hace participar del trabajo sin excesivas tensiones y sabiendo que jugamos dentro de límites geográficos, temporales y, especialmente, éticos.

Trato de estar atento al despliegue de las necesidades que trae nuestro paciente (mutualidad, intimidad, confidencialidad, continuidad, espejamiento, juego, quedarse a solas consigo mismo, etc.). No pienso que estas necesidades sean dependientes del deseo sexual. Mi impresión es que hoy día ocupan un lugar jerárquico en el motivo de consulta, en medio de una sociedad que se muestra salvaje, haciendo muy difícil la lucha por la vida. Como lo plantean los Sandler (1983),

[...] el analista debe proveer, a través de sus relaciones y la forma en que las presenta, una atmósfera de tolerancia a lo infantil, lo perverso y lo ridículo, una atmósfera que el paciente pueda hacer parte de sus propias actitudes hacia sí mismo, que pueda internalizar junto con el entendimiento que ha alcanzado en su trabajo con el analista.

Este comentario lo entiendo complementario de las ideas de Winnicott (1971, p. 76) cuando expresa que

[...] la interpretación fuera de la madurez del material es adoctrinamiento y produce acatamiento. Si la interpretación es ofrecida fuera de la zona de juego surge la resistencia. Cuando el paciente carece de la capacidad de jugar la interpretación es inútil o provoca confusión.

Cuando hoy interpreto, me pregunto cuánta información transmito acerca de lo que permanecía inconsciente para ambos y cuánto lo hago para decirle al paciente: aquí estoy, te escucho, esto comprendí y esto no, de lo que me has dicho o de tu actitud.

“La atmósfera” o el “clima” durante el encuentro con el paciente, transcurre por parámetros difíciles de definir, aunque podemos intuir a qué se refiere. Lo que creo importante es que la atmósfera emocional sea tal que posibilite que afloren las emociones y que no resulten tan intensas que impidan poder reflexionar sobre ellas. A mi criterio, la intensidad y el desborde emocional son alguno de los indicadores que contemplo para indicar medicación, con el fin de contener el despliegue afectivo si no fuese posible limitarlo sólo con los encuentros. La medicación, bien administrada, tendrá como objetivo disminuir la ansiedad o posibilitar la actividad, y permitirá al paciente estar en mejores condiciones para el intercambio.

Estas ideas respecto a mi participación en un tratamiento son muy diferentes de las de ayer y, quizá, también de las de mañana, aunque estoy cada vez más seguro que no sabemos qué es lo que cura. Creíamos que el factor curativo se debía a la mayor cognición del paciente sobre sí mismo, pero esta presunción va dejando de lado el centro del escenario que, a mi entender, pasa a ser ocupado por la relación – el vínculo profesional y específico de cada pareja terapéutica – con toda su complejidad. En estos años he aprendido que la relación es más que la suma de palabras de paciente y analista. La modalidad de los encuentros, la experiencia nueva que en ellos se despliega, junto a la

revisión de aquello que se reedita en el vínculo, parecen ser factores decisivos en el logro de una mejor salud.

A partir de algunas experiencias de los últimos años (Nemirovsky, 2011), comencé a percibir que no me podía apoyar en las teorizaciones metapsicológicas que hasta entonces me eran familiares. Nuevas experiencias clínicas y las circunstancias que rodeaban a los pacientes que veía, me hicieron dirigirme hacia una complejidad no abarcada por las teorías que manejaba, por lo que sólo me quedaba caminar hacia un derrotero desconocido. En este territorio me siento más inseguro, aunque repito, más auténtico, percibiendo que no puedo hacer entrar a la fuerza los sucesos del consultorio en metapsicología alguna, ni aún en aquellas en las que puedo hallarme cómodo por un tiempo. En algún momento, tarde o temprano, la comodidad deja lugar a la inquietud a partir de alguna experiencia clínica que me lleva a preguntarme: ¿Cómo explico esto?, ¿Por qué ha sucedido o qué he hecho yo para que suceda?

Tengo presente el trabajo de Greenberg (2015) uno de los autores centrales de la corriente relacional del psicoanálisis, quien después de varios años de experiencia señala:

...suceden tantas cosas en un tratamiento que es probable que ningún intento de identificar lo esencial sea satisfactorio. Y yo iría un paso más allá: es muy difícil, en último lugar, incluso decir qué es realmente el psicoanálisis. Es relativamente fácil decir lo que intentamos lograr cuando nos encontramos con los pacientes; expresarlo en los términos más amplios posibles, esperamos ayudar a profundizar su experiencia de sí mismos y del mundo en el que viven. También es fácil decir, aunque aquí nuestras respuestas serán más personales, por qué queremos hacer esto: para cada uno de nosotros refleja una gama de compromisos terapéuticos, éticos e, incluso, estéticos [...] Nos encontramos con nuestros pacientes teniendo en mente nuestros objetivos y nuestros logros, pero ¿qué hacemos con ellos cuando estamos juntos? [...] puesto que creemos que el tipo de conversaciones que tenemos con los pacientes transforman radicalmente sus vidas (y en mayor o menor medida pueden transformar las nuestras) debe ser una conversación muy especial. ¿Cómo describir la naturaleza de esta conversación?

En cuanto al registro de mi tarea, he aprendido a desconfiar de mi propia percepción respecto a aquello que transcurre en la sesión: si lo escribo inmediatamente después de finalizada, pensando que de esta manera no podré equivocarme – ya que acaba de ocurrir y lo tengo claro en mi memoria –, es probable que al día siguiente recuerde

algún otro detalle que no había percibido y que me parezca importante para comprender el desarrollo de la sesión. Así, comienzo a darle alternativas a mi percepción. Me planteo si el paciente usó tal o cual tono de voz, o si utilizó una palabra que puede tener otro sentido que no pude advertir en su momento; o cuándo fue el momento en que miré mi reloj para ver cuánto tiempo quedaba de sesión; me pregunto si en ese momento estaba aburrido o ansioso; si registro un silencio me cuestiono si tuvo relación con alguna distracción mía, y así en innumerables situaciones registro lo incompleto y sesgado que resulta el fenómeno perceptivo.

En estos años, cuando reflexiono acerca de mi tarea, trato de hallar un alma gemela, algún autor de los que frecuento, con el cual dialogar y tranquilizarme, al menos compartiendo la incertidumbre. Así fue como, hace algunas décadas, encontré a Winnicott (1971, p. 118) con el que me identifiqué cuando dice, “Me aterra pensar cuantos cambios impedí o demoré en pacientes *de cierta categoría de clasificación* debido a mi necesidad personal de interpretar”.

He aprendido, también, que el analista debe asumir y ejercer el poder necesario para intentar modificar lo que perturba a su paciente. Debe hacerse cargo de la asimetría que conocemos desde Freud. Esta asimetría no sólo es impuesta por el particular contrato que implica la relación terapéutica, sino que es resultado de la imagen que el paciente tiene del profesional y se compone de múltiples elementos, muchos previos a la experiencia del encuentro. Nuestra imagen no depende del resultado de una cura, sino que suele ser a la inversa, es el 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 la percepción que tenga el paciente de nosotros y esta percepción dependerá de factores que van más allá de nuestro desempeño. El paciente inicialmente construye nuestra imagen a partir de la información que le ha suministrado quien lo ha derivado, además de sumarle nuestros datos curriculares, que suelen encontrarse en Internet, más allá de nuestros propósitos.

Volviendo a nuestra capacidad empática, no sólo implica poder conocer aspectos de quien consulta, sino que quizá sea una experiencia única para aquellos que no han tenido la oportunidad de encontrar en su vida temprana relaciones adecuadas para posibilitar su desarrollo psíquico y que ahora tendrán la oportunidad de editar estas circunstancias en el transcurso de la terapia psicoanalítica. También tenemos que disponernos a aceptar las transferencias del paciente para poder posicionarnos en un vínculo que genere un mínimo de interrupciones traumáticas. Ellos necesitan no

interrumpir la continuidad vivida en el vínculo terapéutico una vez logrado cierto ritmo y constancia. 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, decía, se recargaba cuando se le había agotado mi presencia en ella y lograba seguir esperando hasta el próximo encuentro. Hoy contamos con más herramientas, que nos conectan a distancia, cuando los encuentros personales no son posibles. En la construcción del marco que vamos haciendo junto con el paciente, debemos recordar una vez más a Winnicott (1955-1956/1979, p. 394) cuando dice:

En la labor que estoy describiendo [con pacientes en cuya “historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficiente” ...de sus necesidades] 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.

El marco posibilitará jugar roles para aquellas emociones que carecen de palabra hasta descubrir su sentido o hasta que el analista pueda *ser usado* en el sentido de Winnicott.

Nuestras ideas, nuestra forma profesional de operar serán producto de las historias familiares y personales de cada uno de nosotros, del medio histórico-social y de los analistas y los docentes que nos formaron (Nuestras primeras *series complementarias* profesionales). Luego, la tercera serie complementaria, será la práctica clínica, que incluye, inevitablemente, a nuestras teorías. En esta práctica siempre estaremos al borde de la crisis. Nuestra tarea nos torcerá el brazo a menudo. Si somos sinceros con nosotros mismos y nos animamos, descubriremos nuevos rumbos. Hoy tengo en claro que el análisis no se define por la técnica, como podría entenderse desde una perspectiva positivista. Pensar nuestros encuentros de esta manera no sólo empobrece nuestros conceptos, sino que los distorsiona. Un operador puede trabajar con una determinada técnica sobre la materia inerte. Nuestro caso es muy diferente. Somos dos personas influyéndonos mutuamente, ejerciendo roles diferenciados. Los encuentros pueden darse en diferentes ámbitos, – hoy más que nunca, debido en parte a los avances tecnológicos

–, pero requerirán de un marco adecuado, presencial o virtual, que posibilite su continuidad. Personalmente, me siento más cómodo y seguro cuando nos reúnen las presencias, pero, de no ser así, no dejo de ser analista al tratar de colaborar en la creación de una atmósfera que haga posible un compromiso de trabajo.

Otra cuestión que también enfrentamos en nuestros días es la diversidad de enfoques y miradas: ¡bienvenidas! Pero, siempre debemos luchar con la tentación de acoplarnos a una perspectiva y dejar llevarnos por lo que ya está dicho, evitando el problema de enfrentar a la “compacta mayoría” como la denominaba Freud. Afortunadamente, siempre la clínica nos plantea problemas que no comprendemos, y éste será el motor que hará que nos planteemos nuevas perspectivas o al menos volver a pensar las teorías con las que contamos en nuestra memoria.

Referencias

- Alizade, A. M. (2002). *Lo positivo en psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen.
- Avila, A. (2013). *La tradición interpersonal: Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Baranger, M.; Baranger, W. (1961-1962). La situación analítica como campo dinámico. *Rev Psiquiatr Urug*, 78(2), 173-195, 2014.
- Bernardi, R. (2014). La formulación psicodinámica del caso (fpc). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, IV(1), 3-54.
- Gabbard, Glenn; Westen, Drew. (2003). Repensando la acción terapéutica. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Greenberg, J. (2015). Acción terapéutica y la responsabilidad del analista. *Revista de Psicoanálisis Aperturas*, 51.
- Lemma, A. (2015). Transference, relationship and analyst as object. *Int. J. Psycho-Anal.*, 96(3), 273-292.
- McDougall, J. (1981). *Alegato por cierta anormalidad*. Buenos Aires: Petrel.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut*. Buenos Aires: Editorial Grama.
- Nemirovsky, C. (2009). El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, XXXI(1), 129-152.
- Nemirovsky, C. (2011). Nuestra práctica. *Actas del trabajo presentado en el XX Encuentro Latinoamericano de Winnicott*. Montevideo.

Sandler J.; Sandler, A-M (1983). The “second censorship”, the “three box model”, and some technical implications. *Int J. Psycho-Analysis*, 64, 413-425.

Winnicott, D. W. (1955-1956). Variedades clínicas de la transferencia. In D. W. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1979.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. (3. ed.). Barcelona: Gedisa, 1982.