

UN TRABAJO DE SUPERVISIÓN PSICODINÁMICA

Dr. José Luis Jiménez Bullejos (Psiquiatra. Docente de "Introducción al Psicoanálisis" en los Programas de la Unidad de Docencia y Psicoterapia)

Unidad de Docencia y Psicoterapia (8 de Junio de 1.994)

Seminario n° 839.

Tratamos de exponer un caso clínico supervisado en el contexto de la UNIDAD DE DOCENCIA Y PSICOTERAPIA, en clave psicodinámica.

La situación se enmarca dentro de dos líneas de trabajo:

1. Una paciente, un terapeuta y un supervisor.
2. Un grupo de trabajo que inicia un curso de introducción al psicoanálisis (de tres meses de duración).

No vamos a describir la experiencia completa, sino que señalaremos los aspectos más relevantes de la misma respecto de la evolución del caso, la supervisión y aspectos teóricos incardinados en ella.

El caso clínico que presentamos, y que nos sirve de referente para la descripción de nuestro trabajo, es en realidad una agrupación de casos clínicos con marcadas similitudes entre sí, a los que hemos tratado de darle cierta coherencia y exponerlos como si fueran un caso único; el caso supervisado lo fue de una sola persona, siendo la razón de tal presentación la de resguardar la intimidad del paciente.

La historia clínica que presentamos es la de una mujer de mediana edad, casada, con varios hijos. Trabajó desde su adolescencia como empleada del hogar. Hace diez años inició una adicción en relación con una conflictiva conyugal. Más tarde se añaden conductas desadaptadas al respecto del empleo del dinero.

Realiza la consulta por iniciativa ajena; su familia y la familia donde trabaja la traen a que se "cure", por sus conductas que tachan de "locas" en un momento en el que ya no existen dichas conductas anómalas. Cuando acude, lleva en abstinencia un mes; el marido ha tomado un papel más activo en la situación económica y familiar y se están poniendo medidas para la solución del problema, participando ella activamente. Una de estas medidas consiste en que ella se debe poner en tratamiento psiquiátrico.

Nos da la impresión de que a sus conductas anómalas se les ha sacado un beneficio, aún a costa de su salud e imagen personal. No hay clínica activa. No hace ninguna petición, excepto la manifestación de su preocupación por no entender el sentido de dichas conductas anómalas.

El espacio que ocupaban sus "locas conductas" ha quedado vacío y ella parece encontrarse perdida, sin saber hacia donde encaminarse, acomodada en un posición de "enferma mental", posición que, no olvidemos, queda socialmente establecida en el momento que hace su demanda en los servicios sanitarios.

En base a la valoración terapéutica de lo mencionado anteriormente, se pacta un trabajo individual durante dos meses y medio, a razón de una hora semanal hasta un total de doce sesiones.

Globalmente, podemos diferenciar dos etapas en la relación terapéutica. En las cinco primeras sesiones, aparte del mero suministro de datos, se pone de manifiesto una actitud claramente resistencial; resistencia que bajo la forma de una pugna constante con el terapeuta en un intento por llevar las riendas de la relación, obstaculiza el pretendido esclarecimiento de los síntomas (dato indicativo de la ambivalencia reinante en los momentos iniciales de la relación terapéutica) y, al mismo tiempo, actúa defensivamente intentando evitar la explicación de los fenómenos que le resultarían desagradables. A partir de la sexta sesión, hasta el final, abandona su actitud inicial siendo posible un trabajo más productivo. El límite viene marcado por una señalización al final de la quinta entrevista.

A este respecto nos parece importante reseñar la conceptualización que Winnicott hace en relación al “ser falso” y al “ser verdadero”, según el cual el “ser falso” tiene una naturaleza defensiva, ocultando y protegiendo al “ser verdadero”, sometándolo así a las exigencias ambientales. Este hecho se asocia a una rigidez de las defensas que dificultan el crecimiento. Al entablar relación con el “ser falso” de un paciente y no reconocerlo como tal, corremos el riesgo de alargar indefinidamente una terapia sin logros importantes. En este sentido, según el mismo autor, sería más conveniente el diagnóstico de personalidad falsa que el diagnóstico conforme a las clasificaciones psiquiátricas al uso. Volveremos a este tema cuando se hable del papel de la madre.

Dicha paciente procede de una familia acaudalada que viene a menos económicamente tras la muerte del padre, cuando ella cuenta con quince años; una familia donde se cuida mucho la apariencia de cara a la sociedad, aunque dentro esconda, como es el caso, una problemática relacional acentuada. La madre adopta un papel dominante, lleva el timón del hogar firmemente; el padre aporta el status económico, pero aparece como una figura débil, ausente en muchos momentos y sometido a su mujer hasta el momento de su muerte.

Desde muy temprano, según expresa, la figura del padre aparece como “idealizada”, mientras que a la figura de la madre se le atribuyen todas las cualidades negativas. En palabras de Fairbairn, se ha alcanzado una Dicotomía del Objeto, según la cual un objeto es aceptado y hacia él se dirige el amor, y el otro es rechazado y hacia él se dirige el odio.

El alcoholismo está presente en varios miembros de la familia por línea paterna. La patología psíquica también aparece por línea paterna. Lo importante es que este tipo de trastornos son vividos por esta familia como algo vergonzante y que es necesario esconder de cara a la sociedad.

Entre los antecedentes personales presentados, destaca su opinión al respecto: “antes de casarme no padecía de nada”. Salvo una hipertensión arterial controlada y una patología vascular derivada del embarazo, no aporta nada más de interés. Según refiere posteriormente, de pequeña sufrió frecuentes alusiones por parte de la madre a su cuerpo como “endeble, delgadilla y tomando siempre vitaminas”.

Para describir la relación que se establece durante la terapia, y para dar un avance

diagnóstico estructural del caso, nos situamos en el marco teórico aportado por Fairbairn sobre la estructuración de la personalidad, que basa lo nuclear de su teoría en las relaciones objetales. La libido no es primariamente búsqueda de placer sino búsqueda de objetos. El desarrollo del YO se caracteriza por la evolución desde la etapa de **DEPENDENCIA INFANTIL**, donde no hay diferenciación del objeto, a la etapa de **DEPENDENCIA ADULTA**, donde ya existe diferenciación entre el objeto y uno mismo.

Según Fairbairn, en todos se haya presente una tendencia subyacente esquizoide o depresiva (si bien lo esquizoide es lo más nuclear). Cada individuo puede ser clasificado en uno de los dos tipos psicológicos básicos; el que predomine una u otra tendencia depende del grado de satisfacción que alcanzaron las relaciones objetales en la etapa de **DEPENDENCIA INFANTIL** (aproximadamente, los seis primeros meses de vida). La tendencia esquizoide es debida a una relación de objeto insatisfactoria predominante durante la fase **ORAL PRIMARIA** (primer trimestre); la tendencia depresiva depende de que ello mismo ocurra en la fase **ORAL SECUNDARIA** (segundo trimestre). El autor no reconoce como fases subsidiarias de futuras fijaciones al resto de las fases de ABRAHAM. Dichas tendencias básicas se concentrarán en **ESTADOS ESQUIZOIDES** (esquizofrenia) o **DEPRESIVOS** (trastornos afectivos), dependiendo de circunstancias posteriores de la vida que reactiven las relaciones no satisfactorias orales, así como la eficacia de las técnicas defensivas utilizadas. Los demás estados psicopatológicos (fóbicos, obsesivos, histéricos y paranoides) no se presentan como producto de fijaciones a fases libidinosas específicas, sino como una variedad de técnicas utilizadas para defender al yo de los efectos provocados por los conflictos de origen oral.

La **TENDENCIA ESQUIZOIDE** da lugar a una forma de relación caracterizada por una desconfianza básica a todo lo externo, en oposición a una sobrevaloración del mundo interno. La vinculación aparece matizada por actitudes de distancia, racionalidad y falta de compromiso emocional. El sujeto niega su propia necesidad de dependencia, el centro de gravedad de la relación permanece en sí mismo; el miedo que le provoca el acercamiento a los demás le hace mantener una postura individual y autosuficiente; como pacientes, son silenciosos y muy exigentes (predomina la actitud de tomar sobre la de dar).

En la paciente que tratamos, pensamos que predomina la **TENDENCIA DEPRESIVA**, cuya forma de relación viene caracterizada porque son los movimientos de desapego o abandono los que parecen llevarla a la pérdida de su equilibrio vital, con el consiguiente desarrollo de conductas anómalas. Este tipo de vinculación es indicativa de la desconfianza hacia su mundo interno, que le hace desarrollar una búsqueda sistemática de unión y de relación con el otro, a través de la cual alimenta su autoestima. Ante el temor de un posible abandono por parte del otro, es capaz de culpabilizarlo con su propio sufrimiento.

Estas **formas básicas de vinculación** se expresan sólo parcialmente en la clínica, apareciendo habitualmente encubiertas por técnicas defensivas. Algunos sujetos intentan manipular el ambiente de forma continuada, presentan los datos de forma que tratan de colocar al otro de su lado, y que no tenga otra salida que condenar continua-

mente las “injusticias” de las que se ven objeto. Saben manejar la seducción y el deslumbramiento. Las situaciones grupales cotidianas las presentan a modo de escenas, siempre desde una perspectiva egocentrada, sin tener en cuenta el sentimiento de los demás en dicha situación. Se muestran extravertidos y lábiles emocionalmente; datos que configuran la forma de defensa Demostrativa de Liberman que corresponde con la HISTÉRICA de Fairbairn.

Frente a este tipo de relación, el terapeuta se siente presionado, pues por un lado, nada de lo que se le ofrece parece satisfacerle suficientemente; y, por otra parte, se ve forzado a situarse en una determinada posición, siempre del lado del paciente. Contratransferencialmente, no es difícil que sea la hostilidad uno de los sentimientos dominantes en el terapeuta. Teniendo en cuenta las palabras de Menninger en este respecto: “La contratransferencia sólo es peligrosa cuando se la olvida”. Este fue uno de los puntos ampliamente tratados durante la supervisión del caso.

La paciente presenta una historia jalonada por experiencias vividas como abandonicas. Estas experiencias deben ser entendidas en el marco teórico de Fairbairn, antes expresado, como la reactivación de situaciones insatisfactorias en la fase oral. En la situación de abandono se pone de manifiesto que el sujeto no es amado o que su amor no es aceptado, dándose lugar a la idea en el DEPRESIVO (entendido siempre desde el punto de vista de las relaciones objetales) de que su amor es rechazado porque él es el malo.

Ante la posibilidad de una separación de los padres, teniendo ella diez años, hay por su parte una elección explícita hacia la figura paterna. La separación no tuvo lugar.

Es a partir de estos momentos, cuando el padre empieza a beber de forma excesiva, muriendo a los pocos años. La niña, que le había elegido, se siente desilusionada, excluida y, posteriormente, abandonada.

Ya antes de los diez años, por la profesión del padre, éste pasaba gran parte del tiempo fuera del hogar y eran sus llegadas a casa los hechos más esperados, así como uno de sus recuerdos más agradables. Desde entonces refiere la paciente una relación con su madre que califica de “funesta”, y que se acentúa tras la muerte del padre.

Cuando se le pregunta directamente sobre la figura de su padre, responde de forma emocionada, pero sin decir ninguna cualidad del mismo, solo alude repetidamente al vacío que dejó en su vida cuando murió. Habla de su abandono siempre desde una posición egocentrada.

A su madre se refiere como “agria y dominante”; “era la que llevaba la casa”, “distante”, “nunca hubo una relación íntima”. El único adjetivo que pronuncia del padre lo pone en boca de su madre: “mi madre dice que mi padre era un juerguista”. Se advierte una agresividad relativa a la rivalidad dirigida hacia la madre que hace extensiva en sus relaciones sociales al sexo femenino.

De sus hermanos habla poco; refiere al respecto de su hermano mayor los privilegios que tenía como varón en casa.

Un hijo suyo aparece como una figura significativa. Ella siente el deterioro de su imagen sobre todo frente a ese hijo. De ahí procede su esfuerzo para vencer su adicción.

A los quince años empieza a trabajar en una casa socialmente considerada; en el dueño vuelve a encontrar la figura paterna que hacía poco que había perdido. Tras aproximadamente veinte años a su servicio, este hombre muere, quedando la casa a cargo de su hijo varón. Al poco tiempo de esto, se despide de su trabajo. Al parecer, con el cambio de dueño, había quedado desplazada de una posición privilegiada. De nuevo otra situación vivida como abandonada.

Cuando comienza a trabajar, conoce a su actual marido, con quien se casa a los pocos años. Esas relaciones no fueron bien y ahí tiene lugar los inicios de su adicción, en base a sentimientos de soledad.

Las escenas que sucesivamente va presentando, vividas como conflictivas, tienen todas una unidad subyacente, siendo una de las primeras tareas del terapeuta mostrar dicha unidad a la paciente. Fiorini, en su “**Abordaje Clínico de las Estructuras Históricas**”, estudia este tema y señala que podemos encontrar una secuencia común que unifica todas las situaciones conflictivas, con ligeras variantes, es estas estructuras de personalidad. Esta secuencia común comprende las siguientes fases: ILUSIÓN (seducción con exclusión del rival en una situación triangular) - FRUSTRACIÓN - DECEPCIÓN (fracaso de la seducción con retorno triunfante del rival y castración propia) - AGRESIÓN - RESPUESTA AGRESIVA DE LOS OTROS - DEPRESIÓN (resentimientos resultantes de la secuencia anterior con lento retorno ante la posibilidad de una nueva ilusión) - NUEVA ILUSIÓN.

La paciente debe asumir sus modos de incluir dichas escenas en las que coloca a los diferentes personajes según la trama inconsciente histórica, como señala este autor. En este punto se abre una vía de abordaje de la situación edípica infantil.

A lo largo del trabajo con esta paciente, lo primero que se pone de manifiesto, a modo de primera capa concéntrica, son las relaciones conflictivas con su padre, identificado en el objeto aceptado, marcadas por el abandono. Retomando las palabras de Fiorini en el trabajo antes citado, “se reclama precozmente del padre lo que se busca del padre en todo proceso edípico, pero también todo lo que la madre histérogena deja sin satisfacer en el plano de la demanda oral. Un retorno desde los conflictos centrados en figuras masculinas hacia las carencias y demandas pendientes de maternaje y satisfacción oral, que hubieron de dirigirse originariamente hacia la figura materna”. A este respecto, entendemos que la primera experiencia de “abandono” (no satisfacción) no procede de la figura masculina que entrará en escena como tal más tarde, sino de la figura materna en etapas iniciales del desarrollo del YO (nos referimos a la Fase Oral de Abraham o Etapa de Dependencia Infantil de Fairbairn). Winnicott, por su parte, aporta el concepto de “**madre suficientemente buena**”, en el sentido de responder al gesto del niño en los primeros momentos, favoreciendo la omnipotencia del niño y dándole sentido; relación que el autor denomina **Devoción**. De esta manera se favorece el desarrollo del “ser verdadero” en el niño, y su puesta de manifiesto. Frente a lo anterior, “la madre no suficientemente buena”, en vez de responder al gesto del niño, coloca su propio gesto, es incapaz de interpretar y satisfacer las necesidades del pequeño en estas primeras etapas, adaptando este una actitud de sumisión que origina el “ser falso”, según este autor.

Otros autores como Marmor y Bouvet mantienen lo que ellos llaman Fijación Oral de

primera importancia en la personalidad histérica, fijación pregenital que facilita el fracaso ante la prueba que supone la situación edípica.

El trabajo, de acuerdo a las pautas que se marcaban durante las supervisiones, consistió en hacer hincapié en la unidad subyacente a todas las conductas que planteaba como conflictivas, haciendo a veces paralelismos entre la situación actual y las vivencias infantiles. Las intervenciones en el contexto de la sesión eran en forma de preguntas, señalizaciones y devoluciones fundamentalmente, tendentes a enfocar su atención en sí misma más que en el exterior. Un hecho que creemos importante destacar fue que desde un principio se le transmitió a la paciente, de forma explícita, que “no existía como adulto” (en el sentido de que sus relaciones se encontraban supeditadas al modelo de relación infantil). Según Winnicott, cuando tratamos a un paciente que constantemente presenta su “ser falso” en la relación, debemos intentar dirigir la relación hacia “el verdadero ser”, tratando de mantener una auténtica relación a este nivel, cuidando las interpretaciones en el sentido de atender a los aspectos narcisistas, y por consiguiente, partiendo de una “aceptación incondicional” (por nuestra parte) aún a sabiendas que nos va a presentar una y otra vez su “falso ser”. Buscaremos, por tanto, el aliarnos con el “ser verdadero” sin rechazar ni juzgar al “falso”. Es básico que el paciente se de cuenta de que es aceptado como es, al tiempo que se pueda ir atreviendo a sacar su carente, pequeño y débil pero “auténtico ser”. Dicho de otra forma, y al respecto del “falso ser”, de debe de trabajar con y no contra él.

Haciendo mención de nuevo a Fiorini, este autor pone de manifiesto que paralelamente a la movilización de las funciones yoicas del paciente, ocurre la movilización de las funciones yoicas en el terapeuta (según leyes de complementariedad) y esto permite comprender la racionalidad de una serie de intervenciones que se realizan habitualmente de modo intuitivo.

En la quinta entrevista nos pareció oportuno explicar el tipo de relación mantenida por la paciente en las sesiones, intentando ésta situarse constantemente en una posición dominante, poniéndoselo en relación con otros momentos significativos de su vida. Asimismo, le pusimos de manifiesto su actitud resistencial. Con esta intervención el terapeuta devuelve su imagen real de profesional capaz (dado que al inicio fue desvalorizado), que al mismo tiempo reúne tanto cualidades buenas (intención de ayuda) como malas (capacidad de frustrar) que en esta mujer no aparecen colocadas en un mismo objeto (en este nivel el terapeuta permite al paciente deshacerse de su “falso ser”).

En la sexta sesión aparece la paciente con claros síntomas depresivos. Abandona su actitud resistencial. Su atención aparece enfocada hacia su mundo interno y parece más dispuesta a un trabajo más profundo. Se van haciendo cada vez más evidentes los encadenamientos entre sus vivencias pasadas, dando sentido a las actuales. Analiza ella misma su constante vinculación a personas importantes, en el sentido que esto le hacía desconectarse de sí misma. Habla de su soledad; aparecen indicios de superación de la disociación bueno/malo; se establecen imágenes parentales más ajustadas a la realidad, en este campo emergen sentimientos de gratitud hacia aspectos objetivos buenos de su madre y sentimientos de duelo (en un principio más aparentes) por el reconocimiento de los aspectos objetivos malos de su padre. En definitiva, se establece una mayor capacidad discriminativa tanto de sus objetos como de sí misma. En sus conductas, en las que antes no existía un espacio previo reflexivo, ahora este tiene

lugar. En palabras de Liberman, “deja de estar sometida a los vaivenes de los procesos inconscientes”. En este punto nos parece importante reseñar un concepto de Liberman que nos explica cómo pacientes que han alcanzado un nivel suficiente de maduración pueden llegar a tener clara noción de conflicto, capacidad para interiorizar y alcanzare insight. La “Disociación Esquizoide Instrumental” consiste en que el yo del paciente tiene la capacidad de disociarse del área corporal (“yo experimentador”) en un “yo observador”; es decir, tiene la capacidad de observar su propia experiencia para así poder asumir un nuevo conocimiento de sí mismo, sin interferencias para así poder asumir un nuevo conocimiento de sí mismo, sin interferencias procedentes del área corporal (emociones y tendencias a la acción). Este estado, que se alcanza solo en algunos momentos de la relación transferencial, permite al yo unas óptimas condiciones de receptividad para las señalizaciones y/o interpretaciones. El caso que nos ocupa parece haber encontrado un nivel de estructuración suficiente para tener esta capacidad que se empezó a poner de manifiesto y, con ella, emergiendo, la noción de conflicto en la paciente, a partir de la sexta sesión.

Gracias a la señalización efectuada el terapeuta pasa a ser suficientemente investido por la paciente para que el proceso de interiorización tenga lugar sin recurrir a defensas de externalización (negación, proyección).

En este contexto de trabajo más profundo, entramos a analizar las conductas anómalas entendiéndolas como si se tratasen de un sueño, siendo la pantalla del sueño su propia vida (Liberman). Con la suficiente capacidad de simbolización alcanzada por la paciente, le es fácil asociar en estos momentos la aparición de sus conductas ante el miedo a la ruptura familiar, con la respuesta de su padre ante el mismo riesgo (alcohol y ruina económica de la familia), haciéndose evidente un sentido a sus conductas en principio “locas”. Da un paso más y verbaliza una ideación de muerte tras su adicción que no hace más que acercarle al comportamiento paterno, quizás en un intento (como hizo su padre en un momento) por conseguir el amor de su madre, negado desde un principio.

Dado el poco tiempo de que se disponía, se trabajó en la supervisión en el sentido de que sería necesario mantener hasta el final una actitud de contención predominante, sin dejar de insistir en la vía de trabajo abierta y preparando la futura separación. Hacia el final del trabajo surgió lo que podríamos llamar una “huída hacia la salud”, solicitando el alta antes del tiempo fijado; hecho que fue trabajado teniendo en cuenta la consideración hacia la “enfermedad mental” que se tenía en su familia de origen. En la última entrevista la paciente presenta unos síntomas ansiosos leves, en un intento débil por evitar la separación. En este sentido se interpreta, sin resistencia manifiesta.

Como médicos, al plantearnos lo que hemos conseguido en este trabajo, y de acuerdo con J. Bleger, en este campo la curación no es una meta a alcanzar (entendiendo por curación la modificación favorable de sufrimientos, en base a cambios organizativos en la estructura de personalidad). Estamos convencidos que en este tan escaso tiempo no hemos asistido a tal reorganización, pero si que hemos conseguido objetivos parciales previos denominados por Bleger mayéuticos, que pueden considerarse un buen final en esta paciente, en este contexto: objetivo o efecto mayéutico es un enriquecimiento o un más pleno desarrollo que afecta a parte o a toda la personalidad.

Nos parece que hemos dado continuidad a un pasado que en principio se nos presen-

taba de modo fragmentario, y así las vivencias actuales empiezan a aparecer dotadas de un sentido, abriendo la puerta por donde seguir avanzando a esta persona.

La supervisión ha favorecido una mayor comprensión dinámica del caso, a parte de la puramente clínica. Se han puesto de manifiesto los fenómenos transferenciales y contratransferenciales más claramente, así como la importancia de su manejo. Supone una mayor seguridad por parte del terapeuta en sus actuaciones, pero a la vez se hace patente lo que el terapeuta aporta de sí mismo a la relación, que a veces lo encamina por derroteros inadecuados.

Se ha tratado pues, de establecer condiciones básicas técnicas para el trabajo con este tipo de pacientes; y entre ellas:

- 1.- Instaurar una alianza de trabajo.
- 2.- Establecer un clima lo suficientemente grato que cumpliera una función facilitadora y contenedora.
- 3.- Tener siempre en cuenta los fenómenos contratransferenciales.
- 4.- La utilización como herramienta de trabajo de interpretaciones y señalamientos empáticos dirigidos sobre todo al núcleo “carente”, más que a la defensa.
- 5.- Tolerar unos logros relativos, dadas las limitaciones.
- 6.- Las interpretaciones, señalizaciones, confrontaciones. se han realizado en base al tiempo de que se disponía, y así, en lo que concierne a la TRANSFERENCIA, se ha manejado, si bien procurando no analizarla. Las interpretaciones podemos decir que han sido fundamentalmente extra-transferenciales, de modo que a este respecto y siguiendo a autores como Kernberg, el estilo terapéutico se ha asemejado más a lo que se viene en conocer como “psicoterapia de apoyo”. Un proceso psicoanalítico más “clásico” se centraría en el análisis de la transferencia como meta principal del tratamiento.
- 7.- La frecuencia de las supervisiones ha sido una hora semanal, durante tres meses.

BIBLIOGRAFÍA

BALINT, M. (1982): “La falta básica”. Ed. Paidós. Buenos Aires.

BLEGER, J. (1972): “Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis”. Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina, n° 2.

FAIRBAIRN, W.R.D. (1978): “Estudio psicoanalítico de la personalidad”. Ed. Hormé. Buenos Aires.

FIORINI, H. (1977): “Teoría y técnica de psicoterapia”. ED. Nueva Visión. Buenos Aires.

FIORINI, H. (1984): “Estructuras y abordajes en psicoterapias”. Ed. Mairena. Buenos Aires.

GREENSON, R.H. (1976): “Técnica y práctica del psicoanálisis”. Ed. Siglo Veintiuno. México.

GRINBERG, L. (1986): “La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica”. Tecnicpublicaciones, S.A. Madrid.

LIBERMAN, D. (1976): “La comunicación en terapéutica psicoanalítica”. Ed. Alex. Buenos Aires.

MENNINGER, K.A. (1974): “Teoría de la técnica psicoanalítica”. Ed. Psique. Buenos Aires.

RACKER, H. (1986): “Estudios sobre técnica psicoanalítica”. ED. Paidós. Buenos Aires.

RIEMAN, F. (1978): “Formas básicas de la angustia”. Ed. Herder. Barcelona.

WINNICOTT, D.W. (1958): “Escritos de pediatría y psicoanálisis”. Ed. Laia. Barcelona.

WINNICOTT, D.W. (1964): “El proceso de maduración en el niño”. Ed. Laia. Barcelona.