Transformaciones en nuestra práctica[1].

Los cambios en el analista.

Carlos D. Nemirovsky

RESUMEN

El autor plantea que nacemos y nos desarrollamos inmersos en una red de relaciones que son parte indisoluble de la construcción de la subjetividad. Señala que, revisar los contextos en los que estamos insertos -desde donde emergen nuestras teorías y procedimientos-, es fundamental para comprender la evolución de nuestra práctica clínica.

Este trabajo recorre brevemente tres caminos que, partiendo desde lo general a lo particular, explora algunos de los cambios contextuales ocurridos en las últimas décadas en Occidente, en especial en América Latina y se pregunta de qué manera estos cambios se vinculan con la práctica psicoanalítica contemporánea. También expone una viñeta clínica relacionada a nuestra práctica actúal.

PALABRAS CLAVES: CONTEXTOS; CREENCIAS; TRANSFORMACIONES; LATINOAMÉRICA; PRÁCTICA.

Hace más de veinte años escribía: … "desde la muerte del fundador del psicoanálisis, nuestra disciplina ha sufrido cambios de magnitud, en buen grado, producto de las transformaciones culturales de analizandos y analistas. A partir de allí hemos visto nacer y desarrollarse mutaciones que replantean paradigmas básicos. Poco a poco se han ido modificando la forma de pensar (teoría psicoanalítica) y de operar en la sesión (técnica psicoanalítica)." (Nemirovsky, C., 1993, pág. 1). En ese trabajo intentaba pensar acerca de los orígenes de estos cambios y también sobre el estado del psicoanálisis de esos momentos. El escrito estaba en sincronía con interrogantes que me habían preocupado desde el inicio de mi formación: en primer lugar, ¿en qué consiste mi práctica como psicoanalista?; y, luego, ¿qué motiva que vaya construyendo diversas respuestas a esta pregunta, a lo largo de los años de mi ejercicio profesional?

En la década del ´70, cuando comenzaba a intentar ser analista, 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,

[1] Este trabajo es una síntesis del Publicado en la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 78, 2016 y el solicitado como Prepublicado por la Secretaría Científica de FEPAL, para ser presentado en el Congreso de Lima, de la Federación Psicoanalítica de América Latina septiembre 2018.

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.

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 con 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 Ricoeur, P., 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 como gusta hacerlo a D. Orange) y no de contratransferencia, ya que en ambos se producen fenómenos transferenciales producto de la relación. Finalmente, nacemos y nos desarrollamos inmersos en una red de relaciones que son parte indisoluble de la construcción de nuestra subjetividad. Revisar los contextos en los que estamos insertos, desde donde emergen nuestras teorías y procedimientos, es fundamental para comprender la evolución de nuestra práctica clínica.

Recorreré, entonces, brevemente tres caminos que, desde lo general a lo particular, se refieren a algunos cambios contextuales ocurridos en las últimas décadas en Occidente y particularmente en América Latina, planteando de qué manera estos cambios se vinculan con nuestra práctica psicoanalítica contemporánea.

A. Occidente: percepciones y teorías en transición.

Estamos viviendo transformaciones culturales en rápida transición que, por momentos, sólo podemos contemplar atónitos y con asombro. No es posible asegurar si la aceleración de estos cambios nos sucede desde algún momento puntual de la mitad final del siglo XX, pero, seguramente, los movimientos de los años sesenta, la caída del muro de Berlín, el terrorismo, los desplazamientos y migraciones marcan, en muy corto tiempo, un nuevo mapa geopolítico y cultural.

En las últimas décadas, la transición opera en todos los terrenos de la acción humana y podemos constatarla en el paso de lo real a lo virtual y en las trasformaciones de lo que era

considerado seguro, en dudoso o indefinido. Nos hemos quedado sin centro y sin unidad; sin Objetividad y sin Verdad. Nuestro vivir está surcado por acontecimientos que nos desencajan y nuestros conocimientos, otrora construidos como un árbol bien plantado sobre la tierra, se han transformado en rizomáticos. De esta manera, hoy, lo que considerábamos profundo se encuentra extendido en la superficie y en constante movimiento. En cada manifestación de la cultura podemos ver que emerge aquella certera afirmación del graffiti neoyorkino: "el futuro ya no es lo que era".

Así como la literatura, las artes plásticas o el cine, el psicoanálisis es un producto de la cultura y se nutre de las características del medio que le da origen. Los momentos históricos van mutando. Sin embargo, muchos de nosotros aún seguimos aferrándonos a aquello que nos enseñaron décadas atrás, tal vez tratando de protegernos de la incertidumbre; aunque el resultado, a poco de andar, sea el de sentirnos extrañados o despersonalizados, -inclusive, hipócritas-, cuando intentamos forzar la comprensión de los fenómenos actuales con viejos esquemas cartesianos. Es así como nos contradecimos cuando tratamos de explicar nuestra participación más activa en un tratamiento y balbuceamos cuando intentamos comprender la conducta humana apelando a esquemas teóricos simples y contundentes -inapelables décadas atrás- como el principio de constancia o la agresión innata. Si tratamos de encajar a presión los novedosos fenómenos que van ocurriendo en nuestra clínica, nos sostendremos con firmeza en aquellas viejas creencias que nos permiten vivir con la ilusión de estar erectos. Pero, a costa de forzarnos para no caernos, nos tropezaremos a cada instante.

Sabemos que, a partir de nuestras teorías, vamos recortando nuestra percepción. Construimos nuestras observaciones a partir de las creencias en las que abrevamos. Si lo hacemos desde una sola perspectiva y le otorgamos nuestra venia de "verdadera", estaremos dentro de la lógica del prejuicio, confirmando la idea de una única verdad.

Vivimos sumergidos en un universo contradictorio: Dios no creó el mundo como lo queremos ver (a partir de la perspectiva cónica de Brunelleschi, los hombres del Renacimiento creyeron ver, - ¡por fin! -, como era el mundo que Dios había creado). Deberíamos tratar de aprehenderlo desde los paradigmas de la complejidad y la paradoja. Desde hace algunos años Edgar Morin (1980) intenta que veamos a este mundo desde múltiples perspectivas, que nos permita salir de la simpleza que, en nombre de la razón, buscaba la explicación en la relación causa-efecto. La complejidad incluye los fenómenos del azar, de la indeterminación, del accidente, del acontecimiento. Nuestras teorías son siempre tardías respecto a los fenómenos que describen. Son epocales, responden al contexto social y cultural. Resultan entonces transitorias, cuando no efímeras. Estas teorías, a las que apelamos los psicoanalistas para poder comprender la realidad, respetan una geografía de origen -son regionales- y nacen de un entretejido entre el contexto histórico con las series complementarias del autor. A su vez, la historia vital del autor se combina con su base empírica -sus experiencias observacionales, habitualmente clínicas- de las que parte para hipotetizar.

Con frecuencia las teorías que pergeñamos suelen ser reactivas a las que las precedieron. También son incompletas; no abarcan todas las dimensiones de lo humano y no pueden compararse entre sí dado que las categorías que describen y los objetos que cada una construye no encajan exactamente una y otra en categorías similares: son inconmensurables. Si observamos la evolución de los grupos de pertenencia teóricos en nuestras instituciones, es habitual que estén ligadas al poder.

Esta ligazón de las teorías al poder y el hecho de resultar de factores geográficos, históricos y propios de la vida personal de quien las enuncia, les otorga un sesgo muy diferente de aquellas que parten de las ciencias duras. Los numerosos factores determinantes construyen un objeto privilegiado que recorta la práctica del autor. En la actualidad, vemos con escasa frecuencia las histéricas de Freud y no solemos encontrarnos con aquella crispación neurótica de fóbicos y obsesivos del siglo pasado. Aunque, si hoy nos detuviéramos en los historiales freudianos, recortaríamos aspectos seguramente diferentes de lo que subrayaba la clínica asentada en la metapsicología en boga en esa época. No podremos evitar que lo que hoy describimos con nuestros propios "microscopios", varíe mucho más rápidamente en el futuro.

A riesgo de generalizar, en nuestra base empírica contemporánea es frecuente encontrarnos con pacientes próximos a la sexualidad compulsiva, alexitimicos, aburridos, vacíos, desvitalizados, dependientes del consumo, padecientes de depresiones vacías y más cerca del trauma por ausencia de figuras significativas acompañantes, que del clásico conflicto entre instancias psíquicas. Estas presencias cada vez más asiduas en nuestras consultas nos demanda reconsiderar y renovar herramientas clínicas y, al hacerlo, inevitablemente modificamos nuestras teorías. Los analistas, si todo anda bien, estaremos deconstruyéndonos y transformándonos todo el tiempo. Si nos enfermamos de sometimiento a lo que debe ser, a los que las antiguas teorías nos mandan ver y éstas (para tranquilidad de los profesionales y de los Institutos) funcionan como nuestro molde, estaremos muertos en vida. Recordemos que el legado más importante de Freud es la valentía con la que encaró la propia deconstrucción a lo largo de extensa su obra. Sus mutaciones son las que nos van mostrando cómo se avanza en nuestra disciplina y nos dicen mucho más que su textualidad.

En la medida en que se van generando cambios en la constitución de la subjetividad nos encontramos con más problemáticas surgidas de las necesidades no satisfechas (mutualidad, contacto, intimidad, continuidad, así como de sostén y espejamiento) que con las derivadas del deseo sexual infantil que desvelaba a Freud.

Necesitamos reinventarnos en el contacto con los pacientes de hoy, en medio de un contexto que no abarcamos y que también es transitorio y efímero. Contexto en el que las relaciones sociales y laborales se trastocan; los maestros, los profesionales- ideales de la sociedad de otrora- son ahora remplazables cuando no descartables. A su vez, éstos tienen tanto miedo a mostrarse con sus propias dudas, que dejan el camino expedito a aventureros "exitosos" que toman el poder. Estos fenómenos ocurren en los ámbitos políticos, educacionales, en los medios de comunicación y en los diversos estratos de la organización social.

Por otro lado, los terrenos que nos daban seguridad se han tornado movedizos: se puede cambiar de sexo o de nombre sin mucho preámbulo mientras la sociedad se debate configurando nuevas leyes, mucho tiempo después de que estos fenómenos ocurren.

Quizá nuestro riesgo mayor sea el prejuicio, aunque también corramos el riesgo de intentar una comprensión "express", de fenómenos que son complejos (travestismo, delincuencia juvenil, drogadicción, entre otros). Quizá sea mejor no opinar por un tiempo, a pesar de la presión a la que nos someten los medios. Ya opinamos demasiado respecto a la homosexualidad describiéndola como perversión y no nos fue muy bien.

No podemos pensar que las familias de hoy (centrífugas, ensambladas, monoparentales, etc.) darán lugar a una formación de subjetividad similar a la familia nuclear del romanticismo,

cuando el joven Freud generara sus teorías. El modelo de Freud repensando sus propias teorías, nos puede guiar en la ardua tarea de soportar la incertidumbre. Pero no podemos, hoy, operar con la metapsicología de comienzos del siglo XX. La clínica diaria nos presiona para crear nuestras propias conceptualizaciones y nuestras propias figuras retóricas que serán también epocales, efímeras, reactivas y geográficas como lo planteábamos para las teorías en general.

Las metáforas hacen a la compresión y a la formulación de las explicaciones y recortan un universo de modo que palabras como "aparato" psíquico, catexis, libido, dejan de ser comunes en nuestro léxico, ya que no son útiles para dar cuenta del sujeto contemporáneo, discontinuo y fragmentado. Asimismo, en el campo de la transmisión de nuestra disciplina ocurre algo semejante: le llamamos seminarios a nuestras reuniones, cuando podrían ser talleres de exploración o de opinión que facilitara la discusión a partir de variados textos y de nuestras clínicas, que se alejen de todo adoctrinamiento y propongan un modelo crítico de pensamiento. También llamamos claustros a los estamentos en que nos dividimos por estatus societario.

Dejamos planteada una pregunta para poder seguir discutiendo: ¿Por qué aún utilizamos léxicos tan alejados de nuestra práctica?

B. América Latina.

¿Existe una práctica psicoanalítica propiamente latinoamericana? Con esta pregunta el PPL abrió un debate entre analistas latinoamericanos en 2016. Además, nos invitó a pensar si la clínica latinoamericana posee alguna especificidad y si podemos distinguir lo latinoamericano como un eje que atraviese la clínica, la teoría, la institución, la transmisión y la práctica.

A partir de allí me pregunto si tiene tanto peso nuestra identidad geográfica, -la forma en que nos vamos trasformando y construyendo como sociedad, lo que generamos en los aspectos sociales, económicos, culturales-, en nuestro devenir como psicoanalistas latinoamericanos. Creo que la geografía es una contribución a nuestra historia, una de las numerosas series complementarias de los latinoamericanos.

Sin embargo, aún con el riesgo de homogeneización y de llegar a categorías tan amplias que pierdan su especificidad y no nos representen, no podemos desconocer cómo viven nuestros consultantes y tampoco ignorar nuestra propia forma de vida como analistas. Este riesgo es mínimo en relación con el beneficio que obtendríamos si pudiéramos generar algo así como un mapa que señale algunos patrones comunes. Es muy probable que esta marcación no coincida con límites geográficos, pero seguramente se va a construir a partir de fronteras que agrupen coincidencias sociales y culturales. Quizá sea esta una falacia, pero vale la pena aceptar el desafío.

Es probable que antes de los años sesenta a nadie se le hubiese ocurrido la existencia de una impronta regional referida a -lo que hasta ese momento- se consideraba una ciencia. Creo que esto obedeció a que ¡siempre miramos a Europa! Nuestros maestros locales abrevaron en la fuente original. Así fue como Freud, Klein, Winnicott y más tarde Lacan "fundaron" el psicoanálisis en Latinoamérica; y aquí tratamos de hacerlo tal cual, como ellos lo proponían . No nos conquistaron simultáneamente: lo hicieron por turno, los centroeuropeos reinaron casi

solitarios durante dos décadas y luego desembarcaron “ingleses” y más tarde los “franceses”. Entraron por nuestro cono sur, principalmente desde el Atlántico y algunos por el Pacífico. Las nuevas ideas fascinaron a nuestra burguesía e impregnaron muy rápidamente diferentes ámbitos de la cultura. El psicoanálisis, por sus logros, comenzó a difundirse exitosamente, pero, además, sufrió el fenómeno de la moda. Hablaban de él diarios y revistas, teatros y tertulias. Poco a poco, se fue extendiendo hacia el norte. Recién en los años sesenta, comenzamos a delinear un perfil propio que sigue aún en desarrollo, incorporando cambios permanentemente. Los rioplatenses E. Pichon Riviere, M. y W. Baranger, D. Bleger, D. Liberman, H. Etchegoyen y el chileno I. Matte Blanco han impulsado desde el Cono Sur de nuestra América ideas nuevas, que inicialmente aparecen como tímidas mixturas europeas y locales, pero que poco a poco toman las formas de nuestras geografías.

América Latina no es copia del Viejo Continente europeo. En nuestras sociedades, el psicoanálisis tuvo que convivir y se fue transformando, mezclado con expresiones culturales autóctonas, luchando por incorporarse a la universidad y a los hospitales, movilizándose e interpenetrándose con expresiones políticas y con movimientos sociales.

Las diferencias entre la Viena de Freud y los conglomerados urbanos de Latinoamérica las podemos reconocer en la historia, la lengua, la organización social, tan cambiante en nuestros medios. En Latinoamérica los paradigmas sociales, políticos y económicos son intensos e inestables, fuertes y a la vez efímeros. Como consecuencia, hoy día, preguntarnos quiénes somos los analistas latinoamericanos, no sólo es pertinente, sino que resulta una necesidad para que el juego de las respuestas posibles nos lleve al menos a algunas hipótesis que nos permitan ir delineando nuestra propia identidad, que inevitablemente estará siempre en transición. Pensar el psicoanálisis desde nuestro continente no es una reivindicación indigenista. Interrogarnos acerca de nuestra identidad no supone renegar del conocimiento que se generó en Centroeuropa y unas décadas después llegó a Latinoamérica. Es tratar de comprender cómo resultamos -cómo pensamos y hacemos- los analistas latinoamericanos. Pero, aclaro que tengo cierto pesimismo dada nuestra heterogeneidad, resultado del crecimiento constante del número de analistas IPA y no IPA, con muy diversa formación y también por la enorme diversidad de instituciones con las más variadas pertenencias ideológicas.

La ciencia se resiste al localismo, no así nuestra disciplina. La historia y nuestra actual posmodernidad subrayan fenómenos cada vez más regionales, aun cuando el fenómeno global, que abarca las grandes ciudades sin distinción de continente, sea tan fuerte. Señalaré algunas características que a mi criterio son singulares de nuestra región: desde América Latina -especialmente desde el Cono Sur con excepción de Chile-, como señalamos, hemos mirado a Europa y no a Norteamérica ¿Esto significa que practicamos el psicoanálisis como los europeos? Creo que no. Gradualmente vamos cambiando lo que inicialmente importamos. Lo vamos transformando al ritmo de nuestras dictaduras, de las enormes crisis económicas y de las características propias de nuestros pacientes. Crece desde hospitales y universidades y aparecen nuevas propuestas que van delineando diferentes prácticas.

Psicoanálisis, psicoterapia, terapias breves, grupales y familiares, reinan las discusiones de los años ochenta y noventa. Posteriormente, el psicoanálisis se atreve a intercambiar ideas, ya con menos miedo, con cognitivos, neurocientistas y biólogos.

Hoy, no trabajamos tres o cuatro veces por semana ni con los altos honorarios de los años setenta y aún de los ochenta. Se va desterrando la idea tan popular otrora, de que los latinoamericanos comenzábamos el análisis de un paciente cuando nuestros colegas europeos lo finalizaban. Los consultantes de este siglo que comienza no lo hacen por cuestiones triviales y son escasos esos pacientes que más nos atraen a los analistas, que son los que intentan encontrar en el análisis un ámbito reflexivo. La mayoría nos consulta por depresión (no necesariamente reactiva, sino por esa depresión sin culpa, vacía, casi un sinsentido) por pánico, por trastornos somáticos, por violencia asociada al género o por trastornos de adaptación a su trabajo o estudio.

Retomando: ¿Qué es lo específico de la clínica psicoanalítica latinoamericana? ¿Es posible pensar lo latinoamericano como un eje que atraviese la clínica, la teoría, la institución, la transmisión y la práctica? Estas ambiciosas preguntas sólo podremos responderlas en un profundo y prolongado intercambio entre colegas y sin duda es el ámbito de FEPAL el adecuado para posibilitar esta tarea.

Hoy en nuestra América Latina, gran parte de los pacientes intenta atenderse con mejor o peor suerte en los hospitales públicos; otro importante número de consultantes tiene coberturas por seguros de salud o sistemas prepagos. Muchos de estos sistemas limitan los alcances del tratamiento a un número acotado de sesiones, favoreciendo indirectamente el uso de medicación. Dentro de esta limitación, y a pesar de ella, pareciera que, cada vez más, nuestros tratamientos no son “standard”; tendemos a confeccionarlos “a medida”, reconociendo que cada encuentro es “el” encuentro singular, como lo es cada paciente. Esto no deja de ser una ventaja. También podrían ser ventajosas las adaptaciones que los analistas vamos haciendo respecto a los encuadres, en la medida en que consideramos el que nos parece el mejor, o al menos el posible, para el momento del tratamiento de determinado paciente. Tendríamos que preguntarnos si atender pacientes sin cobertura de salud no es lo mismo que ser analista en USA. Trabajar en un hospital, o aún en un consultorio, en Latinoamérica no es similar a hacerlo en Europa. Los analistas estamos insertos en un amplio espectro económico-social; desde profesionales independientes hasta colegas que resultan empleados mal pagos de un seguro de salud que a menudo deben recurrir a otras fuentes de ingreso. No se trata de establecer categorías ni únicos pensamientos, sino de describir las condiciones en las que encontramos a nuestros pacientes y a nuestros colegas. Muchos de nuestros pacientes y, por qué no, algunos de nuestros profesionales, no pueden acceder a un blazer y, otros, apenas a un poncho.

Uno de los problemas a pensar con urgencia en las instituciones es el de la transmisión del psicoanálisis: los jóvenes colegas reciben pacientes a los que ven con menor frecuencia y en peores condiciones que los analistas senior. Esto abre una diferencia enorme. Los más experimentados podemos estar transmitiendo una enseñanza que no es aplicable a la práctica de los jóvenes. Corremos el riesgo de estar enseñando una lengua muerta, muy interesante, pero, impracticable. Las condiciones de las prácticas son un desafío para los más experimentados: deben tratar de conservar la vigencia del psicoanálisis aún en un medio que intenta, condenarlo a la extinción, de diversas maneras.

Nuestros elementos comunes difieren según los países, es cierto, pero estamos más cerca de una práctica común dentro de las fronteras de Latinoamérica que si nos comparáramos con otras regiones más desarrolladas o más antiguas. No tenemos estadísticas; nos las debemos.

C. Nuestra práctica psicoanalítica local.

Trataré de profundizar en tres tópicos que he esbozado previamente: nuestra práctica, nuestra identidad profesional y la transmisión del psicoanálisis.

Las ideas al respecto de estas cuestiones no son homogéneas.

Hace casi 30 años Wallerstein, R. (1988) se preguntaba: ¿Un psicoanálisis o muchos? Aún nos inquieta intentar responder a esta pregunta. Creo que hay tantos análisis como analistas. Pero ¿qué tenemos en común los analistas? Ensayo respondiendo que, más allá de la filiación común con el fundador de nuestra disciplina (por cierto, tan diversamente interpretado) y por ende el reconocimiento de los aspectos inconcientes que nos gobiernan, es probable que lo ético en nuestro trabajo sea uno de los denominadores comunes entre nosotros.

Me planteo que quizá lo que hoy resulte unificador sean las características que configuran nuestra clínica. Probablemente todos nosotros reconozcamos una demanda con predominio de pacientes que padecen disociaciones, ante las cuales nos encontramos con escasas herramientas para afrontarlas. (Nemirovsky, C., 2001, 2007, 2009, 2016).

¿Podemos caracterizar psicopatológicamente a quiénes demandan nuestra atención hoy día, o debemos conformarnos con denominarlos genéricamente pacientes complejos, graves, de difícil acceso? A estos pacientes: ¿qué respuestas le damos, ¿qué obtienen de nosotros?

Respecto al primer interrogante referido al diagnóstico, es poco probable que nos encontremos con neurosis en nuestras consultas. Creo que es habitual que nos encontremos con no-neurosis. Es muy probable que las no-neurosis y no-psicosis constituyan el grueso de los pacientes. No me refiero a los “normóticos” de McDougall y Bollas.

No conviene que agreguemos al cajón de sastre “borderline” todo lo que encontremos como no-neurosis no-psicosis.

Nuestros pacientes actuales habitualmente nos visitan una vez por semana: son tratamientos que en general –y culposamente- denominamos como “psicoterapia psicoanalítica” y una de las cuestiones a discutir es si consideramos psicoanálisis a estos tratamientos.

Comenzado ya el tratamiento muchos de nosotros utilizamos el diván sólo en un porcentaje menor de los casos, según puedo corroborarlo entre mis colegas amigos y solemos tener terceros como invitados obligados (obras sociales, prepagas, entes impositivos).

El encuadre, recordemos, suele ser negociado entre ambos participantes.

Hasta aquí tenemos mucho para discutir: qué es psicoanálisis y qué no, así como la taxonomía psicopatológica y nuestras herramientas.

Vuelvo a la segunda pregunta que planteaba: ¿Qué respuestas les damos? Trataré de describir, sin juzgar, lo que nos pasa (o lo que interpreto que nos pasa a muchos de nosotros).

El resultado de la suma de los pacientes complejos más la baja frecuencia, nos induce a ocuparnos más de la continencia que del esclarecimiento: queramos o no, seleccionamos aspectos deficitarios de nuestros pacientes ocupándonos de estas cuestiones y dejamos para momentos posteriores los derivados del conflicto, del deseo.

La menor frecuencia hace que generemos una tendencia a la simetrización del vínculo e intensifiquemos nuestros esfuerzos empáticos.

Dadas las característica predominantes de los consultantes actuales (frágilmente constituidos, con baluartes defensivos, con hiperkinesia encubridora de depresión vacía, acuciados por sentimientos de extrañeza, de perplejidad, de irrealidad, de sentirse vacíos o inexistentes) nos centraremos legítimamente en que el paciente se "arme" conteniendo su propia vulnerabilidad, así como en que diferencie síntomas físicos de emociones, que distinga dolor de angustia, que sepa de su existencia encarnada en su cuerpo, que se sienta hablado y mirado por nosotros quizá, por primera vez en su vida.

Es decir, la situación que nos complicaba hace unos años se ha invertido y en pacientes con patología mixta (conflicto y déficit) es posible que no demos lugar al desarrollo de la neurosis de transferencia apremiados por los déficits a restaurar.

La discusión en este punto puede ser más amplia si incluimos en detalle lo que percibimos qué hacemos con el paciente y cómo lo hacemos, es decir, con qué herramientas procedemos: interpretación, llenado de lagunas mnésicas, construcción, intervenciones empáticas, intervenciones afirmativas, enactment, autodevelación.

Con respecto a la tercera pregunta que se engarza a la segunda: sobre cómo transmitir a los colegas la realidad de nuestra práctica, Jiménez, J. P. (2009) plantea que no se pueden estudiar las convergencias y divergencias en la clínica psicoanalítica sin saber de manera confiable lo que los psicoanalistas realmente hacen en la intimidad de su práctica y propone estudiarla en sus propios méritos.

Estas ideas están en concordancia con el interés de los working party que han hecho su aparición en la última década en los congresos internacionales psicoanalíticos y es quizá el intento que más se aproxima a considerar el quehacer en nuestros consultorios.

Muchos de nuestros procederes no alcanzan a explicitarse por distintas razones: por un lado, no resultan visibles a nuestra propia conciencia; por otro lado, cuando podemos asirlas, solemos carecer de conceptos que los abarquen y expliquen. Por último, quizá lo que más nos pesa, se nos impone el temor a resultar herejes en nuestra propia profesión (lo confirmamos cuando sentimos alivio, al encontrarnos con colegas con los que podemos compartir experiencias que no podemos conceptualizar y que son similares a las nuestras).

Como dice Greenberg, J. "Por ahora, estamos muy lejos de saber exactamente qué es aquello de la relación analítica que contribuye a sus efectos terapéuticos". (2009, Pág. 201).

En mi opinión, sabemos bastante bien aquello que no debemos hacer para conservar un campo de trabajo que nos posibilite pensar, pero no resulta tan claro dar una indicación acerca de lo que sí debe ser hecho para favorecer la tarea. Pero ¿de qué forma nuestra participación silenciosa o hablada llega al paciente y cómo actúa en su psiquismo? Es una incógnita que está lejos de resolverse, aunque en nuestra disciplina haya una afortunada tendencia en las últimas décadas a centrarnos en nuestra práctica, sin los prejuicios respecto a aquello que debemos hacer y aquello que no, de acuerdo con las teorías que tengamos en nuestro background. (Nemirovsky, C., 1993, 2003, 2007, 2011)

Al menos, por ahora, no deja de ser una ilusión que podamos transmitir lo que realmente sucede en nuestra práctica como desearíamos.

Trabajando, muchos de nuestros gestos son espontáneos -en un sentido conceptual semejante al que Winnicott, D., (1958,1960) plantea siendo imposible o muy limitado nuestro registro de los mismos. Nuestros gestos ni siquiera tienen una estructuración simbólica que permita un almacenamiento interpretable dentro de nosotros. Estos gestos están básicamente ligados a nuestra acción, no en el sentido del agieren freudiano, pero si cercanos a nuestras emociones y, seguramente, lejos de nuestro intelecto.

Vamos procediendo con el paciente y observamos, observamos y procedemos, construimos nuestro objeto de observación, lo describimos, interviene el paciente, confirmamos, intervenimos intentando delimitar mejor el objeto construido, rectificamos, describimos, el paciente interviene, y así vamos configurando lo que intentamos conocer, a partir de nuestra empatía, de nuestras emociones, de nuestras identificaciones con las vivencias del paciente, de nuestra imaginación y de nuestra capacidad de vivenciar, que suele ser variable. Vamos armando entre los dos el objeto que queremos delinear, describir, para que el paciente y nosotros mismos lo percibamos. (Lancelle. G., y col., 1984).

Por otro lado, por lo que vamos aprendiendo, nuestros pacientes valoran nuestra participación emocional y especialmente nuestra espontaneidad que se ejerce dentro del espacio de juego, del espacio que vamos creando con el paciente en sesión.

Más allá de nuestra preocupación por “hallar la verdad”, “esclarecer” o “curar”, (objetivos que seguramente nos interesan en términos del proceso que vamos transitando) vamos armando, construyendo entre ambos integrantes de la pareja terapéutica intervenciones sucesivas, que intentan acercarse a las vivencias de quien nos consulta y que tratan de abarcarla, dando rodeos metafóricos.

Hasta allí llegamos. Esto es todo. Esto es nada menos que una nueva experiencia vincular que tenemos para ofrecerle al paciente (un espacio de vínculo emocional intenso y la posibilidad de reflexión alrededor de esta experiencia). Así, recomenzamos con nuevas preguntas ¿Se puede pedir más? ¿Podemos más?

Además, ¿Podemos transmitir mejor lo que pasó en una sesión a los colegas? ¿Cómo recortamos lo que transmitimos para encontrarnos con aquello que verdaderamente hacemos?

A pesar de nuestro intento de disociarnos para posibilitar la observación, lo que acontece en sesión se nos escapa, es inefable, como lo son los fenómenos humanos más profundos como el amor o la amistad. Trabajar en pequeños grupos (warking parties, talleres) es un intento de crear un clima adecuado para poder pensar, transmitir y recibir las interacciones del complejo vínculo analítico con nuestros colegas, sin dejar de tener en cuenta que choca con nuestros propios límites. Los diferentes lenguajes con que los analistas teorizamos nuestra práctica, es uno de los límites más importantes, aunque quizá la llamada Babel del psicoanálisis no sea una cuestión insalvable. Ya es inevitable que cada escuela hable en su idioma, que no es diferente a lo que sucede con cada nación. La cuestión es si cada uno intenta realmente comunicarse con el colega, tratando de explicitar los conceptos que construye con las reglas de su lenguaje.

Debemos admitir que la nuestra no es una disciplina científica en sentido tradicional. Entonces ¿por qué pedirle que se ajuste a los métodos tradicionales de investigación? Asumamos que no podemos armar lo que va sucediendo en sesión a pesar de instalar sofisticados métodos de registro. No podemos; entonces, no nos desesperemos para hacerlo y para que nos crean.

Freud hace unos cien años se planteaba "Si no existe ninguna certificación objetiva del psicoanálisis ni posibilidad alguna de hacer demostración pública de él, ¿cómo se puede aprenderlo y convencerse de la verdad de sus aseveraciones?" (Freud, 1915-1916, Pág. 16). Esta pregunta no está lejos de las que formulamos en la actualidad. No la hemos contestado sino muy parcialmente, sin embargo, tratamos a muchos pacientes y los hemos beneficiado. Tampoco creo necesario preocuparnos por pronósticos agoreros en lo que respecta a la sobrevida del psicoanálisis. Ya habían sido anunciados desde los albores del siglo XX. A pesar de ello, el psicoanálisis crece, se desarrolla y se transforma. Cada encuentro, congreso o jornada da muestras de ello. Es cierto que debemos tener la modestia suficiente para entender que no sabemos aún con certeza cómo nuestros pacientes se han beneficiado. No nos avergoncemos ni lo ocultemos, sigamos planteándonos hipótesis y no corramos a contestarlas. El trayecto de estos más de cien años y el tiempo que vendrá nos posibilita interrogarnos tranquilos.

Fragmento de una experiencia clínica

En otras oportunidades he hablado ya de Juan (Nemirovsky, C. 2009), un paciente que me enseñó mucho sobre el porqué del cambio psíquico y especialmente de mi participación en él. Me consultó a sus 21 años por las dificultades que tenía para enfocarse y comprometerse en todas sus relaciones, ya sea con una persona o con una tarea de su interés. Decía estar "perdido en sus decisiones" tanto referidas a su estudio (había comenzado, sin ninguna convicción, a cursar psicología) como a sus relaciones sentimentales. Esto, según Juan, le ocasionaba un sentimiento de desinterés y de desazón que teñía de gris toda su vida. Contaba que tenía éxito con varias amigas, pero percibía con algún sufrimiento, que con ninguna establecía un vínculo afectivamente importante, a pesar de que manifestaba su intención de hacerlo. Se sentía extraño respecto a su familia e intentaba convivir lo indispensable con ellos, solicitando "asilo", como él decía, en casa de familiares y amigos.

Comentaba que en su familia no se hablaba, todos peleaban y discutían. Juan contaba con vergüenza que muchos de los encuentros con los padres transcurrían con violencia. Solía retirarse de su casa durante algunas noches, pero en los períodos en que convivía con su familia, trataba de no estar presente en las ocasiones en que sus padres se encontraban y peleaban.

Tratando de precisar la historia del alejamiento de su casa, pude inferir que unos dos años antes de comenzar el tratamiento Juan terminó el colegio secundario, pero a diferencia de sus compañeros que iniciaban una carrera universitaria, él priorizó su independencia económica, consiguió un trabajo que le permitió cierta autonomía con respecto a sus padres, fantaseando irse de la casa y vivir solo. Utilizaba 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.

Comenzó su análisis con dos sesiones semanales, una a su cargo y otra a cargo de los padres ("arrancada a mis padres", decía Juan) y eligió recostarse en el diván.

Su historia no mostraba situaciones especialmente complicadas que valga la pena resaltar a los fines del relato de esta viñeta. Pero a ambos nos llamó la atención que desde pequeño, y en muchas ocasiones, permaneciera semanas en casa de sus abuelos maternos que se ocupaban de acompañarlo al colegio. (Seguramente buscaba refugio, decía)

Durante su escolaridad secundaria Juan se veía a sí mismo estando siempre con un bolso preparado para quedarse en casa de amigos, como lo hacía cuando era más pequeño con los abuelos. Pero nunca permanecía más que unos días en casa de amigos. Él se definía como un nómade; yo lo percibía como un joven desvalido que buscaba la continencia en el acogimiento que otros pudieran darle.

Su historia más reciente comienza con una breve relación de pareja, a quien él maltrataba verbalmente, (contrariamente a lo que él se proponía), sintiéndose en esas circunstancias un "desconocido frente a sí mismo en esa 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 verse 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 llamó la atención notarlo muy interesado en las sesiones, las que fueron transcurriendo en un clima agradable. A Juan le interesaba venir y a mi atenderlo. Parecía que durante las sesiones se iba sintiendo más vital, desde el principio hasta el fin del tratamiento. Mi impresión era que nuestros encuentros era lo único de su vida en que parecía mantenerse interesado y con constancia. Se daba entre nosotros un clima de intimidad y se generaba un intercambio que podría llamar lúdico. Con humor y compromiso, confiábamos uno en el otro.

Los dos esperábamos encontrarnos. Yo inicialmente sentía cierta preocupación que disminuía luego de comenzar la sesión. Pensaba: ¿qué es lo que estoy haciendo, hacia dónde vamos? Nuestras conversaciones se referían al mundo de Juan, pero la modalidad no difería demasiado de un diálogo social intenso, espontáneo, vivaz, entretenido y amigable. Esto motivaba mi esperanza, pero a la vez me planteaba 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.

Poco a poco, Juan se fue ordenando, comenzó estudios universitarios. Consiguió un trabajo en el que se sentía bien y se fue instalando en un vínculo amoroso.

Yo construía diversas hipótesis acerca del porqué de la eficacia de este tratamiento, aunque ninguna me explicara 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, o como yo lo formulo actualmente, comenzamos a hablar de dejar de vernos en esta etapa.

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 pregunté: ¿Qué es lo más importante que yo te dije que te hizo ver las cosas de otro modo y cambiar algunas actitudes? Me refería a alguna intervención, a alguna interpretación, que pudiese haber sido significativa para él. Me sentía intrigado por un tratamiento que había llegado a buen término

sin que yo hubiese podido apuntar alguna intervención mía definitivamente esclarecedora. Juan me contesta: “no me dijiste nada, o no me acuerdo qué me interpretaste…la verdad, no sé…no sé si me importa…lo que te puedo decir es que cada vez que yo hablaba, vos me escuchabas en silencio y después (subrayó mucho el después) recién vos hablabas sobre la cuestión.

¡Era un diálogo!”, algo así dijo Juan. Me conmovió su respuesta, y un reiterado recuerdo que apareció luego me lo aclaró: “Papá y mamá no dialogan nunca, pelean o no hablan” … “nunca hubo diálogo en casa”. “Nadie escucha a nadie”. “Vos recordás lo que te digo”. “Esto que ocurría acá en sesión siempre fue nuevo para mí…”, “creo que por eso estoy mejor, esto es lo nuevo”.

Más allá de otros muchos factores que pueden haber intervenido en esta mejoría progresiva de Juan, es necesario prestarle atención a estas observaciones del paciente. Para Juan el diálogo era una función que no se había editado en él. 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, pseudo dialogando e intentando que las palabras alcanzaran para vincularse pero no para poder compartir, y menos, en el terreno afectivo.

Su experiencia en análisis permitió crear una situación novedosa en su relación vincular.

Sin trazar una estrategia en el sentido que Juan planteaba, sin proponerme más que estar disponible con él, mi trabajo se había alineado con lo que dice Aira, C., (2007): “¡Qué 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 las experiencias vividas por el paciente en las sesiones, forjando un diálogo inédito, seguramente no fue lo único que intervino en su evolución pero fue clave en este caso.

Las maneras de ser y de contactarse de ambos protagonistas, en cada caso, posibilitarán o no el plantear diversas perspectivas para abordar conflictos. Los aspectos deficitarios del paciente se beneficiarán con las experiencias novedosas (no repetitivas) producto de los encuentros entre ambos.

Me sorprendo, en este momento de mi vida profesional, después de un recorrido como analista de más de cuatro décadas de práctica, replanteándome conceptos tan rigurosamente aprendidos en los primeros años, y el objetivo de este trabajo es compartirlo con los lectores. Encuentro que tengo que redefinir la teoría acerca de mi práctica a partir del hecho mismo del encuentro con el paciente. No creo que algún colega trabaje como lo hacíamos treinta, veinte, o diez años atrás. De todas maneras, los cambios en los analistas presentan una enorme dispersión en nuestro universo profesional, producto seguramente de la inexistencia de un liderazgo firme como el que estableció Freud en los comienzos de los desarrollos de nuestra

disciplina. ¡Permitámonos beneficiarnos con la heterogeneidad de las prácticas y las teorías actuales!

Bibliografía

Avenburg, R. (2012) Comunicación personal.

Freud, S. (1915/16) tomo XV. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis 1915-1916. Parte I y II. Los actos fallidos. Amorrortu Ed. Buenos Aires, Pag., 16.

Greenberg, J. (2009) Objetivos psicoanalíticos, acción terapéutica y tensión del analista. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, n.13,193-220.

Jiménez, J.P. (2009) Pluralidad teórica y pluralismo en la práctica psicoanalítica. Libro Anual de Psicoanálisis, XXIV, 133-149

Lancelle, G., Lerner, H., Nemirovsky, C., Ortiz Frágola A., (1984), Identificaciones propias e impropias en el psicoanalizar. Antecedentes de una Investigación Clínica. Presentado en el XXXIV Congreso Internacional de Psicoanálisis, Hamburgo, 1985. Publicado en Revista Psicoanálisis Apdeba, Vol. XII . nº 1. Buenos Aires 1990.

Morin, E. (1980) El método. Ed. Cátedra S.A. 1993, Madrid.

Nemirovsky, C. (1993) ¿Otros analistas, otros pacientes? Reflexiones acerca Del psicoanálisis actual. Actas, XXVIII IPA Congress, Amsterdam.

--------- (2001) Las perspectivas de Winnicott y de Kohut en el psicoanálisis [on line] Rev. Virtual de Psicoanálisis Aperturas. Recuperado de http://www.aperturas.org/articulos.php?id=149&a=Las-perspectivas-de-Winnicott-y-de-Kohut-en-el-psicoanalisis. N. 7, marzo 2001. Publicado en Psicoanálisis, Apdeba, Vol. XXIV, n. 3, pag. 501-520, 2002.

---------(2003) Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D. W. Winnicott, Rev. Virtual de Psicoanálisis Aperturas. www.aperturas.org n. 13 Marzo 2003. Recuperado de http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000233&a=Encuadre-salud-e-interpretacion-Reflexiones-alrededor-de-conceptos-de-DWWinnicott.

Publicado con modificaciones en Winnicott Hoy. Su presencia en la clínica actual. Comp. Por A. Liberman y A. Abello, Ed. Psimática, Madrid, 2008. Publicado con modificaciones en Psicoanálisis ApdeBA,Vol. XXVI, n. 1, 2004.

-------- (2007) Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos. Editorial Grama, Buenos Aires. Tambien en formato digital, www.Bajalibros.com https://www.bajalibros.com/AR/Winnicott-y-Kohut-La-intersubjetividad-y-los-trastornos-complejos-Carlos-Nemirovsky-eBook-1269461

-------- (2009) El psicoanalista tratando a un paciente grave. Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. XXXI, n. 1, 129-152.

-------- (2011) La segnorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi (chapter). Comp. F. Borgogno, Italy (2011). (The young lady committing hara-kiri and other essays), Karnak, (2013).

-------- (2013) Cuestiones de la práctica actual del psicoanálisis. Revista Psicoanálisis N° 11, Lima, Perú, 2013. 63-74.

-------- (2016) Cambios en el analista. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 78, 2016.

Paz, R. (2013) Realidades y ficción en la clínica psicoanalítica. Trabajo Prepublicado para el Congreso de FEPAL, 2014, Buenos Aires. Recuperado de http://www.congreso2014.fepal.org/es/descargas/PROGRAMA/TRABAJOS_PREPUBLICADOS/trabajo_paz.pdf

Ricoeur, P. (1977) La cuestión de la prueba en psicoanálisis. En: Escritos y conferencias alrededor del psicoanálisis. México: Siglo XXI, 2009.

Wallerstein, R. (1988). One Psychoanalysis or many? Int. J. of Psycho. Vol. 69.

Winnicott, D. (1958) “La capacidad para estar solo”. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidos, Buenos

Aires, 1993, pag.36.

---------- (1960) La teoría de la relación progenitores-infante. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador, Ed. Paidos, Bs. As., 1993, pág. 50.

White, H. (2011) Ficción histórica, historia ficcional y realidad histórica. Prometeo Ed., Buenos Aires.

Agradezco a las licenciadas Luisa Irene Acrich y María Alejandra Rey la valiosa lectura crítica del borrador de este trabajo.