

The concept of cure from the Freudian perspective. A critical analysis of some intervening variables

Alejandro Klein*

* Licenciado en Psicología. Magíster en Servicio Social. Doctor en Servicio Social de la Universidad Federal de Río de Janeiro y Posdoctor de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Profesor - investigador de la Universidad de Guanajuato. Correspondencia: alejandroklein@hotmail.com

El concepto de cura en la perspectiva freudiana. Un análisis crítico de algunas variables intervinientes

Como citar este artículo: Klein, A. (2014). El concepto de cura en la perspectiva freudiana. Un análisis crítico de algunas variables intervinientes. *Tesis Psicológica*, 9(2), 282-298.

Recibido: abril 20 de 2014

Revisado: abril 20 de 2014

Aprobado: junio 1 de 2014

ABSTRACT

This article points out some Freudian ideas about the concept of cure, suggesting a predominantly critical analysis. It states as analytical lines the Freudian ideas about: how sick; how to cure; what impact does the analyst; what consequence has the technique; what it can be expected from the analysis; which is the relationship between theory and practice and which it is the extension that we can grant to the cure. Through these variables is provided as a contribution, the analysis of the permanent sway of these factors in the Freud's works between an optimism and a skepticism in the cure, indicating the heterogeneity of Freudian work, which also means, by extension, the complexity of therapeutic process and what we can understand for "patient", "therapist" and "cure." One of the conclusions reached is that the concept of cure becomes more complex's as the Freudian indication that it becomes impossible to impose a hallmark between normality and pathology. Or, another way, the notion of health and disease become obsolete and / or indistinguishable moments as guidelines on which to base the design of the cure.

Keywords: Cures, analytic device, patient, therapist.

RESUMEN

Este artículo señala algunas ideas freudianas con respecto al concepto de cura, proponiendo un análisis predominantemente crítico. Se plantean como líneas de análisis las ideas freudianas sobre: cómo se enferma; cómo se cura; qué incidencia tiene la persona del analista; qué consecuencia tiene la técnica; qué es lo que se puede esperar del análisis; cuál es la relación entre la teoría y la práctica y cuál es la extensión que podemos otorgar a la cura. A través de estas variables se ofrece como aporte, el análisis del vaivén permanente de estos factores en la obra freudiana entre un optimismo y un escepticismo en la cura, indicando la heterogeneidad de la obra freudiana al respecto, lo que implica asimismo, por extensión, la complejidad del proceso terapéutico y lo que podemos entender por "paciente", "terapeuta" y "cura". Una de las conclusiones a las que se arriba es que el concepto de cura se complejiza en tanto se mantenga la indicación freudiana de que se vuelve imposible imponer una marca distintiva entre normalidad y patología. O, dicho de otra manera, que la noción de salud y enfermedad se vuelven obsoletas y/o por momentos indistinguibles como ejes orientadores que fundamenten la concepción de la cura.

Palabras clave: Cura, dispositivo analítico, paciente, terapeuta.

Introducción

El presente texto presenta un estudio conceptual de los diferentes elementos con los que Freud va elaborando el dispositivo de cura, las dificultades que encuentra y las complejidades que va señalando en su derrotero. Quizás su pertinencia consiste además en permitir -aunque no se lo hace en el texto-, contrastar diferentes corrientes psicoterapéuticas actuales centradas en lo “light” y funcional, con la propuesta freudiana, que se muestra con diferentes matices y complejidades. Estos matices y complejidades son el hilo conductor de este trabajo que muestra cómo los conceptos van cambiando y mutando, desde el concepto de inconsciente y Yo, hasta el de mecanismos de defensa y cura entre otros.

La justificación de este análisis crítico radica, además, no en un mero “descubrimiento” de las contradicciones del concepto freudiano de psicoterapia y cura, sino que plantea la extrema complejidad del concepto de cura, complejidad en la que intervienen también factores culturales y sociales, los que no son tomados en cuenta en este ensayo debido a que escapan a los objetivos centrales del mismo. De esta manera y en primer lugar es necesario indicar que es difícil recoger líneas coherentes de lo que Freud entiende por terapia. Por supuesto se puede tomar un solo texto y todo quedará simplemente aclarado. Pero si recorremos cronológicamente su obra del ‘12 al ‘38 es altamente probable que encontremos que sus ideas cambian de una obra a otra. Compárese por ejemplo esta observación de los Escritos Técnicos:

La libido (en todo o en parte) se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imagos infantiles. Y bien, hasta allí la sigue la cura analítica, que quiere pillarla, volverla de nuevo asequible a la conciencia y, por último, ponerla al servicio de la realidad objetiva (Freud, 1980, p. 100).

Observación diferente a la que presenta en “Análisis terminable e interminable”: “El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea” (Freud, 1937a/1980, p. 251). Mientras que en un caso, la cura analítica es similar al proceso de la regresión y reproduce lo ya vivido, en otro implica una construcción específica y nueva que se acompaña a las funciones del Yo.

Proceso terapéutico: ¿quiénes intervienen?

Hay un eje que preocupa a Freud en sus reflexiones, referente a cómo presentar los factores que intervienen en el proceso de la cura. Esta perspectiva se va modificando con el paso del tiempo y a medida que su obra se complejiza. Se podría decir que los actores intervinientes en la terapia refieren a alguien que se denomina (o es denominado) paciente y alguien que se denomina (o es denominado) terapeuta y un objeto tercero al cual podríamos llamar “cura”. Pero esta perspectiva de interrelación paciente-terapeuta se asienta, como veremos, en la última etapa de la obra freudiana.

Leyendo atentamente a Freud observamos que en una primera etapa de su obra, desde la publicación de “Dinámica de la Transferencia” hasta las obras del año ‘20, lo que quiere priorizar es justamente lo contrario: la idea de proceso analítico como algo automático e independiente de los actores que puedan intervenir en el mismo. Es la famosa metáfora de la jugada de ajedrez, “(...) Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá” (Freud, 1980, p. 132).

De esta manera, para Freud no hay personas intervinientes en el proceso terapéutico sino inconscientes. Eso es lo que le autoriza a decir en

“Repetir, recordar, reelaborar” (1914) que los pacientes no deberían tomar decisiones mientras están en análisis. ¿Por qué? Porque no era importante tomar decisiones, lo importante es que aflorara el inconsciente del paciente. Este inconsciente se presenta como algo atemporal, a-espacial, a-corporal. De esta manera la terapia freudiana- (por aquellos años de la década del '10)- no es un vínculo ni es una relación entre personas: es una relación entre inconscientes. En este sentido es que habla de inconsciente-emisor e inconsciente-receptor: “debe [el analista] volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono” (Freud, 1912b/1980, p. 115). Más que la persona del enfermo, se diría que le interesa el inconsciente del enfermo. Más que el terapeuta: el inconsciente del terapeuta.

Cabe entonces pensar que lo que prioriza es un “dispositivo” analítico que garantice que el inconsciente del terapeuta se puede comunicar de esta manera de forma inmediata y “espontánea” con el inconsciente del enfermo, por lo que: “el médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar solo lo que le es mostrado” (Freud, 1912b/1980, p. 117). Desde allí analiza las condiciones (el encuadre psicoanalítico) por las cuales el inconsciente se expresa, manteniendo la idea esperanzadora y optimista de que a través de un dispositivo ideal, el inconsciente no tiene por qué tener problema en mostrarse y revelarse:

Tenemos nosotros que realizar el trabajo terapéutico, que en buena parte consiste en la reconducción al pasado...Se dispone a librar una permanente lucha con el paciente a fin de retener en un ámbito psíquico todos los impulsos que él querría guiar hacia lo motor, y

si consigue tramitar mediante el trabajo del recuerdo algo que el paciente preferiría descargar por medio de una acción (Freud, 1914/1980, pp. 153-156).

Este dispositivo ideal implica que se pueda trabajar con un inconsciente también “ideal” basado en su atemporalidad. Desde esta característica es posible reencontrar al mismo como una especie de material en bruto que se “desentierra”. La palabra que Freud utiliza -“Agnosierung”- (Laplanche (1987a) lo puntualiza) refiere al encuentro del inconsciente como si se tratara de un cadáver intacto. Sus objetos y fantasmas continúan en forma incólume e inmodificada.

Desde ese punto de vista, es coherente (freudianamente coherente) suponer que lo único que se necesita es poder generar condiciones para que el “cadáver” sea reconocido, desenterrado y discutido en su carácter de tal. Una de estas condiciones es que el dispositivo ha de garantizar la regresión pues de esta manera se reencuentra inevitablemente al inconsciente, pues el inconsciente es continuidad, presencia, “tozudez” de lo persistente. La otra condición es que se minimice la presencia de lo corporal, facilitada por la posición acostada del diván, en la suposición -quizás- de que la propiedad espacial del cuerpo puede volverse un obstáculo a las condiciones a-temporales y a-espaciales del trabajo con el inconsciente.

El terapeuta y la institución psicoanalítica

El terapeuta de esta manera, ha de permitir la emergencia de energía libre para que la energía se desligue efectivamente como parte de la cura del paciente. La atención flotante no puede entonces ser sino simétrica al: “Ud. dígalo todo sin ningún obstáculo”, es decir a la regla de la asociación libre. De esta manera Freud facilita

cierta simetrización entre analizante y analista¹, buscando estimular el libre flujo de la libido.

De allí que sea tan puntilloso en señalar que no hay que apurarse a intervenir ni hay que apresurarse en la síntesis² ni en dar ninguna idea acabada al paciente. “Para el analista, la conducta correcta consistirá en no especular ni cavilar mientras analiza, y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar solo después de concluido el análisis” (Freud, 1912 b/1980, p. 114). Igualmente es puntilloso, para lograr tal fin, con el tema del pago:

La ausencia de la regulación que el pago al médico sin duda establece, se hace sentir muy penosamente; la relación toda se traslada fuera del mundo real, y el paciente pierde un buen motivo para aspirar al término de la cura (Freud, 1913/1980 p. 134).

Como ya se indicó, el problema freudiano es en una parte de su obra, el problema de la ligazón-desligazón. Mientras la transferencia es un proceso de ligazón, la cura es lo contrario: un proceso de desligazón. El objetivo de la asociación libre es permitir entonces una desligazón. Lo mismo sucede con la atención flotante. Lo reitera Laplanche (Laplanche & Pontalis, 1981): el psicoanálisis es analizar, no sintetizar. Por eso Freud requiere, como ya se indicó, que existan condiciones estructurales semejantes entre el paciente y el terapeuta; y de allí probablemente su invención del vínculo “analista-analizado” como pares complementarios.

Pero el recelo freudiano a la ligazón, que se desplaza a su recelo por la persona del terapeuta,

- 1 Esta simetrización ofrece asimismo aspectos más complejos. Entre otras, la noción de que la contra-transferencia precede a la transferencia (Green, 1994) y la actividad mental del terapeuta (Bion, 1962).
- 2 Se podría quizás decir que desde esta concepción el psicoanálisis está del lado del objeto parcial (Barranger, 1971).

tiene una razón más de peso que ya se sugirió líneas atrás: Freud cree poder recrear las condiciones estructurales del inconsciente, entendido como un estado de energía libre; probablemente en el convencimiento de que cuánto más libre sea la energía psíquica, más rápido se curará el paciente. En otras palabras: cuanto más rápido el paciente se desligue de los complejos patógenos, más rápido se desligará de la figura del terapeuta y por tanto, de la transferencia.

¿Qué es lo que debe entonces lograr la interpretación del terapeuta? La interpretación debe desligar no ligar. Una interpretación exitosa es aquella que permite un avance de la energía en estado libre. Y si se tiene en cuenta que la transferencia es una forma de energía ligada, se hace necesario que la interpretación logre que la libido como energía no se ligue a la persona del terapeuta. Lo que se relaciona con lo que Freud indica de que hay que permitir desarrollar la transferencia hasta cierto punto, pero sin permitir que florezca, manteniéndola siempre a determinado nivel³ (Freud, 1912/1980).

Las consecuencias para la concepción del terapeuta no son secundarias por lo menos en 1926, Freud parece estar reivindicando un dispositivo hecho para funcionar casi sin que haya un terapeuta⁴. Un dispositivo que se pretende que funcione casi solo y con mínimo de interferencias, garantizando de forma casi automática la expresión y escucha del inconsciente. La necesidad de formación del terapeuta va en la dirección de instruirlo justamente para que no modifique este

3 En definitiva lo que hace Freud es homologar la transferencia al principio de constancia (Laplanche & Pontalis, 1981).

4 Las investigaciones en psicoterapia señalan por el contrario que la mayor parte de la tarea de la cura la hace el paciente, pero desde un lugar donde la persona del terapeuta es insustituible (Poch & Ávila, 1998), justamente lo contrario de lo que Freud asevera en esta época.

dispositivo: “El analista médico que se ha emancipado de la instrucción rigurosa no habrá omitido el intento de mejorar el análisis, de romperle los colmillos venenosos y hacerlo agradable al enfermo” (Freud, 1926/1980, p. 218)⁵.

En definitiva Freud parece buscar, concretar un proyecto ciertamente ambicioso: crear un dispositivo (la regla analítica) capaz de sí y por sí (asociación libre y atención flotante) de generar condiciones de cura más allá del terapeuta en cuestión. De esta manera al preguntarse por qué tiene que lograr un analista para ejercer el análisis, señala que se trata del análisis personal, pero probablemente en la idea de que adquirirá las convicciones que después lo guiarán como analista al utilizar la regla fundamental.

Freud no puede sino transformarse en el observador atento, método que él mismo se aplicaba por tanto, es descubridor de un método y guardián del mismo. En otras palabras, está asentando su prestigio en torno al descubrimiento de un método capaz de poder revelar al inconsciente tal cual este es más allá del terapeuta en sí. Lo que le interesa de sus terapeutas es aquello que permite a los mismos poner en práctica el dispositivo psicoanalítico.

Esto se podría relacionar, desde nuestra perspectiva, con la necesidad de crear y legitimar una forma de cura que esté garantizada más allá de cualquier terapeuta en general. Creemos en este sentido que la importancia dada al dispositivo se acompaña de la institucionalización del psicoanálisis (Roustang, 1980). No hay que olvidar que el tiempo de los escritos técnicos (1912-1915) coincide con el tiempo de la fundación de la Asociación Psicoanalítica (ídem).

5 Es lo que va a llevar a que Lacan (2005) se sienta legitimado a decir, entre otros motivos que, “la única resistencia del tratamiento es la resistencia del analista”, señalamiento que como se indicó es también freudiano.

El prestigio de la Institución es por tanto correlativo al prestigio del método psicoanalítico y viceversa. Freud no podía ser inocente en tal sentido, revelando que su propósito es mantener y “proteger” el prestigio del método psicoanalítico recién inaugurado. Por eso insistimos en que Freud es tanto un descubridor como un “protector” de su método, basamento esencial de la teoría psicoanalítica. Este anhelo de Freud por defender sus ideas y el psicoanálisis no puede dejar de tener consecuencias que retroalimentan a su vez sus puntos de vista metapsicológicos y su concepción del terapeuta como necesario, en tanto que es debidamente instruido por el aparato institucional psicoanalítico, dentro de lo que se llamará “análisis didáctico”. Lo que a su vez legitima de manera más eficaz al psicoanálisis como método de cura.

Profundizando la relación entre el inconsciente y el dispositivo

Si la cura para Freud es permitir a través del dispositivo que surjan las condiciones estructurales de funcionamiento del inconsciente se infiere que esas condiciones remiten a la energía libre, es decir al proceso primario desde un punto de vista económico (Laplanche & Pontalis, 1981). De esta manera Freud sugiere que está creando un dispositivo homologable y coextensible a las condiciones estructurales del inconsciente.

Pero hay que tener en cuenta que el dispositivo no es un producto espontáneo, sino un artificio creado por necesidades técnicas (e institucionales, como ya se indicará). Pero decir que el inconsciente es un artificio creado por alguien, de hecho, es posible suponer que las condiciones de “origen” del inconsciente se pierden y ningún dispositivo las puede reconstruir, esto. Es lo que va a apuntar Laplanche (1989), planteando las condiciones de lo enigmático; por consiguiente, podría pensarse que el inconsciente

tiene su propia historia, con sus vicisitudes y particularidades⁶.

Probablemente, se trata de garantizar las condiciones de energía libre, por eso Freud insiste en que se deben evitar los procesos de síntesis, oponiéndose de forma más global a la energía ligada, de ahí que se debe mantener la atención flotante. Ella garantiza del lado del terapeuta las condiciones de energía libre que se busca surjan desde la posición del paciente. Pero el peligro de la postura de que el dispositivo “acompañe” las condiciones estructurales del inconsciente, es que el mismo tiempo pueda caracterizarse también por la compulsión a la repetición (Laplanche & Pontalis, 1981), impidiendo el lugar de lo nuevo y lo inédito. Finalmente, hay otro peligro en esta postura y es la homogeneización del inconsciente, es decir suponer que los inconscientes de todos los pacientes son iguales; cosa que Piera Aulagnier (1975, 1994) discute de forma radical. Esta autora indica justamente lo contrario: ningún dispositivo repite nada, ya que siempre tiene que dar cuenta de lo inédito y lo diferente del inconsciente de cada paciente.

Otra perspectiva interesante es suponer que al desligar, la cura permite entonces discriminar realidad psíquica de realidad objetiva. Por el contrario la transferencia las indiscrimina (al ligarlas) (Freud, 1915/1980). Mantener esta diferencia entre realidad psíquica y realidad objetiva es tan importante que un posible objetivo del dispositivo es la “correcta” administración entre la realidad psíquica y la realidad objetiva.

Desde este punto de vista la resistencia es el punto en que la realidad psíquica reclama ser reconocida como realidad objetiva, no queriendo

permanecer como realidad psíquica. El inconsciente se impone entonces a la realidad objetiva. Por eso Freud indica que la cura “debe ser llevada a través de las épocas primordiales de su desarrollo anímico y adquirir por este camino aquel plus de libertad anímica en virtud del cual la actividad consciente se distingue —en el sentido sistemático— de la inconsciente” (Freud, 1915, p. 173). En este sentido la cura logra que la realidad psíquica ya no pueda pretender adquirir status de realidad objetiva y siga manteniéndose como realidad psíquica, indicando que ambas ya no se puedan confundir.

La compulsión a la repetición y lo cualitativo

Lo anterior permite suponer que en esta perspectiva el concepto de cura está muy ligado a lo cuantitativo, en el sentido de garantizar la emergencia de energía libre que se acompaña a su vez de una mayor concientización de los conflictos del inconsciente. Pero simultáneamente se va operando otra caracterización del inconsciente en relación a la compulsión, a la repetición, que aparece como una fuerza ciega e insistente en su funcionamiento e imponiéndose como parte substancial del aparato psíquico. En este punto la cura ya no se puede reducir solo a un proceso cuantitativo de pasaje de energía ligada a energía libre, ni es algo tan sencillo como simplemente hacer consciente lo inconsciente.

La concepción de la cura en Freud irá tendiendo hacia otra perspectiva: la de modificar sustancial y cualitativamente, lo que atañe a los procesos del psiquismo, “si el análisis ha sido ejecutado de manera correcta, uno alcanza en él una convicción cierta sobre la verdad de la construcción, que en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado” (1937b/1980, p. 267). Freud enfatiza que el paciente solo exteriorizará su aquiescencia cuando se haya enterado de la

6 Probablemente dispositivo e inconsciente comparten relaciones de homología (Green, 1990, 1997) pero no de identidad.

verdad íntegra de su pasado infantil, y esta sea lo bastante extensa y presentada en forma de construcción (1937b, p. 267).

Se plantea así un Yo infantil dominado por la compulsión a la repetición y el pasado infantil y un Yo adulto capaz de beneficiarse del proceso terapéutico. La diferencia es en esta perspectiva, netamente cualitativa: “toda la diferencia de épocas corre en su favor, y a menudo al yo adulto y fortalecido le parece solo un juego de niños aquello frente a lo cual su yo infantil comprendió la huida aterrorizado (Freud, 1926, p. 192). Desde esta concepción de Yo adulto la cura se va ubicando como expresión del dominio de la pulsión por el Yo. De esta manera, al discutir sobre cómo se logra el domoñamiento de la pulsión señala que es cuando es admitida en su totalidad dentro de la armonía del Yo.

Por tanto existe una reformulación implícita en el concepto o delimitación de lo que es sano y enfermo. Obsérvese que si el Yo era, en el comienzo de la reflexión freudiana el centro de las operaciones de normalidad, de unificación y sede de los mecanismos de defensa a los que se reputan como las operaciones psíquicas por excelencia para el buen manejo de la realidad, pasamos a otro escenario, donde el Yo no es solo infantil sino que además se halla dominado por la misma compulsión a la repetición que caracteriza al inconsciente. Nos parece que se delimita así, de esta manera, uno de los grandes hallazgos freudianos en lo referente a la cura: la imposibilidad de establecer una frontera nítida y precisa, sino más bien ambigua e imprecisa, entre la normalidad y la patología.

El yo en el escenario

En este escenario y hasta el año 1923 o 1924, Freud insiste desde su modelo de la segunda tópica, en la consolidación de un Yo fuerte, sólido y representante del aparato psíquico. Un

Yo capaz de mediar entre el Super-Yo, la realidad y las pulsiones. Es una segunda tópica pensada desde el conflicto, pero en la perspectiva de la resolución (optimista) del mismo.

Probablemente desde el año 1926 y desde la obra “¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial” Freud ya percibe que ese Yo inicial que categorizó ya no se puede sustentar. El Yo comienza a mostrarse tan patógeno y con tantas resistencias como el inconsciente o como el Ello. Freud indica de esta manera que los enfermos presentan tres tipos de resistencias: del Súper-Yo relacionado a la culpa, del Yo relacionado a la angustia reprimida y del Ello con pulsiones que se resisten a andar por un nuevo camino (Freud, 1937b). Va surgiendo así un Yo con resistencias a la cura que difícilmente puede ser ubicado ya como un Yo aliado a la cura.

El Yo sano se transforma en una ficción pero lo que ciertamente no es una ficción es que el Yo enfermo existe (Freud, 1937a/1980, 1937b/1980). El Yo es absorbido cada vez más por los mecanismos de defensa, los que Freud (1937a) presenta como gobernados por la compulsividad. Es decir hay un pasaje de un Yo caracterizado por áreas sin conflictos⁷, a un Yo semejante a un inconsciente gobernado por la compulsión a la repetición. Si este Yo sano se ha vuelto una ilusión es porque entre otras cosas ya no queda claro que su “armadura” defensiva sea tan defensiva, “(...) La condición de los estados patológicos mencionados solo puede consistir en un debilitamiento relativo o absoluto del yo, que le imposibilita cumplir sus tareas (...)” (Freud, 1938/1980, p. 173).

Freud descubre que lo patológico se sitúa en los propios mecanismos de defensa que más que

7 Punto -el de la subjetividad- que es un aporte sustancial de P. Aulagnier (1975, 1994)

defender, al mismo tiempo debe negociar con la realidad y las pulsiones. Más aún: los mecanismos de defensa son los que crean la ilusión de que el Yo se tiene que “defender” de algo que no es sino ilusión y fantasmagoría (Freud, 1937a/1980). Este Yo vive entonces en un malestar permanente, frente a mecanismos que aunque parecen y se presentan como “aliados” de él, en realidad son sus “adversarios”.

La fórmula de hacer consciente lo inconsciente o de que el Yo tiene que adquirir dominio sobre el Ello, se vuelve claramente insuficiente. Si hay cura es en este momento alrededor del desvanecimiento de las “ilusiones” engañosas del Yo. El punto clave es que el “enemigo” de la cura, ya no es simplemente la pulsión, ya no es lo reprimido; acá el enemigo está incrustado en el propio Yo, en el propio proceso de defensa y de producción de identidad. Lo patológico pasa a centrarse menos en aquello de lo que supuestamente debemos defendernos y más en aquello que se erige como aparente defensa. En tal sentido se podría decir que la idea freudiana es que al Yo hay que educarlo, no para defenderse mejor, sino para que no se defienda más con mecanismos de defensa patologizantes.

La necesidad del pacto analítico

De esta manera se consolida una nueva teoría de la enfermedad que remite a un Yo incapaz de mediar entre las pulsiones y la realidad material (Freud, 1937a/1980). El concepto mismo de inconsciente cambia. Frases como “el Yo huye” o “el Ello toma venganza”, usadas recurrentemente desde el año 1930 en adelante, revelan un inconsciente que ya no es simplemente el inconsciente de las representaciones, o el inconsciente “cadaverizado” con contenidos reprimidos que ya analizamos. Por el contrario se está describiendo otro inconsciente, un inconsciente comportamental (Bleichmar, 1997),

que implica conductas, intenciones y actos motores. Es un inconsciente automático que genera conductas de pánico, de miedo, de dolor, de evitación. Es —como ya se indicó— el inconsciente más pleno de la compulsión a la repetición, que no puede dejar de actuar e imponer conductas estereotipadas y repetitivas.

Por tanto la cura ha de ser una manera de “vencer” a una compulsión a la repetición que se ha vuelto más compulsiva que nunca y frente a la cual Freud indica la necesidad de instaurar un dispositivo que la contrabalancee: *el pacto analítico*. Sin este pacto ya no hay cura ni fin de terapia. La cura ya no se realiza entre inconscientes sino entre personas, ni tampoco desde un Yo sano en el cual Freud ya no cree, sino desde la capacidad de sostener un pacto terapéutico. Creemos entonces que se opera un cambio substancial en el concepto de cura. La misma ya no está garantizada por el método en sí, como lo era en una primera etapa, sino en un plus (el pacto analítico) que reformula la concepción del Yo, el terapeuta y el paciente:

El yo está debilitado por el conflicto interior, y nosotros tenemos que acudir en su ayuda. Es como una guerra civil destinada a ser resuelta mediante el auxilio de un aliado de afuera. El médico analista y el yo debilitado del enfermo, apuntalados en el mundo exterior objetivo {red}, deben formar un bando contra los enemigos, las exigencias pulsionales del ello y las exigencias de conciencia moral del superyó. Celebramos un pacto (Vertrag; «contrato») (Freud, 1938/1980, pp. 173-174).

Esta teoría del pacto o contrato implica que el yo del analista se alía al yo del paciente, o sea a los aspectos sanos del paciente:

El yo enfermo nos promete la más cabal sinceridad, o sea, la disposición sobre todo el material que su percepción de sí mismo le brinde, y nosotros le asegura-

mos la más estricta discreción y ponemos a su servicio nuestra experiencia en la interpretación del material influido por lo inconsciente (Freud, 1938, p. 174).

La necesidad de este pacto terapéutico se asocia a que el eje de la terapia ya no es más la transferencia, sino la *resistencia* (Freud, 1937a/1980), generándose un desplazamiento gradual de la relevancia de la transferencia a favor de la presencia cada vez mayor de la resistencia. Desde allí la cura ya no tiene que responder sobre qué hacer con la transferencia, sino sobre qué hacer con las resistencias.

En este punto, cabe pensar que la necesidad de un contrato probablemente oficie como un plus de realidad objetiva que compensa el plus de resistencia que ha revelado la clínica. Así es inevitable que la persona -y no solo su inconsciente- del analista vaya tomando cada vez más importancia, pues se hace necesario establecer correlativamente la necesidad de una alianza terapéutica que permita, a pesar de la o las resistencias, permitir el avance de la cura. En este “avance” la capacidad de tolerancia del terapeuta, su posibilidad de discriminación y empatía se vuelven esenciales. De esta manera, Freud reinserta una teoría del Yo que permita sostener estos aspectos. Aunque desde la teoría, el Yo se vuelve cada vez más compulsivo, desde la necesidad de la cura este se vuelve imprescindible como plus de realidad objetiva, para mantener un contacto con la realidad que a su vez mantiene y preserva el contrato analítico.

Revisión del punto de vista cualitativo-cuantitativo

Por lo visto hasta ahora Freud presenta dos perspectivas sobre la cura, las que por momentos aparecen mezcladas: una perspectiva cualitativa y otra cuantitativa. El punto de vista cuantitativo supone que la cura implica que el Yo extienda su dominio sobre el Ello. Implica suponer una capacidad de expansión al Yo,

sintetizado en la famosa fórmula : *Wo Es war, soll Ich werden* ;(Donde Ello era, Yo debo devenir) (Freud, 1933/1980).

El punto de vista cualitativo implica, por el contrario, la noción de la cura como pasaje de los automatismos inconscientes a los procesos de elaboración psíquica. Proceso que implica que el psiquismo deje de funcionar sujetado a lo compulsivo, para pasar a manejarse como proceso mental capaz de pensar y discriminar. El Yo pasa de ser Objeto de los mecanismos de defensa a Sujeto de una actividad de reflexión: “(...) Nuestro saber debe remediar su no saber, debe devolver al yo del paciente el imperio sobre jurisdicciones perdidas de la vida anímica (...)” (Freud, 1938, p. 174).

Desde esta perspectiva cualitativa, ya no se trata simplemente de hacer consciente lo inconsciente. Aparece un matiz más interesante en relación al comentario freudiano de que a través del análisis el Yo se da cuenta de que actúa como un niño y el paciente se ríe de sí mismo (Freud, 1926/1980). Se trata probablemente de una modificación estructural que refiere a la autoimagen que el Yo sostiene de sí mismo.

Lo cuantitativo y lo cualitativo pueden ser tomados, respectivamente, como una concepción arqueológica de la cura contrapuesta a otra arquitectónica: la cura puede ser encarada como excavar y encontrar restos ocultos en el inconsciente, o como construcción y reconstrucción de los mismos en este.

La cura optimista y exclusiva

Se podría decir entonces que parecen coexistir dos alcances sobre lo terapéutico: una visión optimista enfrentada a una visión más precavida. Hasta el año 1926 podría decirse que Freud mantiene una teoría optimista de la cura. Se espera de la cura que pueda proveer el “remedio”

efectivo para los males neuróticos y sintomáticos. Lo que se completa con un postulado rector: que todos los conflictos se pueden resolver en transferencia.

Esta postura tiene su apogeo en la observación de Freud (1926) de que el psicoanálisis podría ser una panacea para la humanidad, reformulándolo no solo como una alternativa terapéutica sino además como una herramienta válida para reformar la humanidad. Freud plantea la constitución de unos sujetos que a través de la “purificación” del análisis parecen poder alcanzar un estado más o menos normal, libres ya de los males neuróticos.

El carácter optimista de esta perspectiva se asienta también, en el entendido de que se realiza una articulación clara entre cómo se constituye la enfermedad y cómo se procede a su cura. Así como la cura desliga (que es una forma de resolver la transferencia), el síntoma se caracteriza por una ligazón patológica. Simultáneamente, frente a la pulsión que con sus exigencias plantea conflictos que generan síntomas, aparece el “amor” de transferencia como forma de resolver la presencia de estos síntomas angustiantes:

La resistencia no ha creado este amor; lo encuentra ahí, se sirve de él y exagera sus exteriorizaciones. Y el carácter genuino del fenómeno tampoco es despotenciado por la resistencia. Nuestro segundo argumento es mucho más endeble; es verdad que este enamoramiento consta de reediciones de rasgos antiguos, y repite reacciones infantiles. Pero ese es el carácter esencial de todo enamoramiento (Freud, 1915/1980, p. 171).

Simultáneamente Freud enfatiza el carácter exclusivo y extraordinario⁸ de la relación analítica. Esta relación analista - analizado pasa a ser

no solo singular, sino también única. No tiene antecedentes ni modelos que se le asemejen. Su carácter extraordinario se relaciona también, entonces, con su carácter singular.

La cura pesimista y precavida

El cambio en la concepción del Yo, junto con situaciones como la resistencia a la cura, son algunos de los factores por los cuales va surgiendo un nuevo modelo de cura más pesimista y precavido:

Aquí no se podrá prever fácilmente un término natural, por más que uno evite expectativas exageradas y no pida del análisis unas tareas extremas. Uno no se propondrá como meta limitar todas las peculiaridades humanas en favor de una normalidad esquemática, ni demandará que los «analizados a fondo» no registren pasiones ni puedan desarrollar conflictos internos de ninguna índole (Freud, 1937a/1980, p. 251).

En una primera etapa de la obra freudiana, el conflicto es entre el inconsciente y la realidad, pero al mostrarse insostenible la noción de simetría de inconsciente emisor e inconsciente receptor, se pasa luego al conflicto Yo-Ello, que se muestra también endeble frente a la concepción de un Yo que puede estar tan cerca de la patología como el Ello. Lo que genera la dificultad adicional de que se hace más difícil sostener a un Yo con el cual hacer alianza terapéutica.

Uno de los conflictos que esta concepción de cura reformula es entre el amor de transferencia y la abstinencia. Se insiste en que se trata de no negarle al paciente que “ame” a su analista, pero sin permitir que este “amor” florezca y se desarrolle. Es decir, intervenir para que exista, pero en un estado atenuado:

La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; solo que con ello no me refiero a la privación corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, pues quizá nin-

8 Green (1986,1990) es de la misma idea.

gún enfermo lo toleraría. Lo que yo quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados (Freud, 1915/1980, p. 168).

Parece ser que la idea es que el paciente ha de permanecer en un permanente anhelo de amor como impulsor de la búsqueda de cura, y la actitud del terapeuta ha de ser de rehusamiento⁹: no se incentiva el amor de transferencia pero tampoco se lo elimina del todo. Es una situación que no deja de llamar la atención porque de alguna manera hay cierta manipulación de lo compulsivo del paciente.

Desde esta situación ambigua es que se plantea que los médicos no pueden ejercer el análisis debido a que Freud destaca que estos no pueden dejar de satisfacer a sus pacientes. En el punto en que el médico quiere satisfacer a su paciente, algo del rehusamiento que permite que funcionen la asociación libre y la atención flotante, se rompe. Desde nuestra perspectiva, este concepto no es exactamente igual al de “abstinencia” (Freud, 1912/1980). Mientras que en este segundo lo fundamental refiere a no satisfacer las demandas del paciente ni a repetir los papeles o roles que este propone (Laplanche & Pontalis, 1981), el primero implica una actitud menos negativa del terapeuta y por el contrario más evaluadora: cuándo decir que sí, cuándo decir que no. Por tanto no hay aquí regla “a priori”, sino el cálculo que el terapeuta realiza (errado o no) sobre la marcha de la cura, atendiendo a diferentes circunstancias y contextos.

Junto a los factores ya señalados, Freud (1937a/1980, 1937b/1980) advierte cada vez con más claridad lo que se denomina reacción terapéutica negativa: el paciente no quiere

necesariamente curarse. En otras palabras: la enfermedad genera beneficios secundarios ante la cual el dispositivo analítico por momento se muestra fallido, lo que revela la fragilidad del mismo. Freud (1938/1980) señala que el denominador común de esta resistencia y de todas las resistencias, es en general la compulsión a la repetición.

Al mismo tiempo, al tener en cuenta que los síntomas pueden desaparecer o aparecer en función de un beneficio secundario, (es decir, de que el paciente reciba amor, compasión, atención por su enfermedad), Freud no puede sino indicar que los síntomas ya no son importantes para la cura. Cambia entonces el concepto de enfermedad y de cura:

El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y esto ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones, y la segunda, que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprendible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión (Freud, 1937a/1980, p. 222).

Freud, de forma más práctica indica: “Todo analista experimentado podrá recordar una serie de casos en que se despidió del paciente para siempre *«rebus bene gestis»* {«porque las cosas anduvieron bien.»}” (Freud, 1937a/1980, p. 251).

El dispositivo desde esta perspectiva no es solo ya una repetición de la estructura del inconsciente, sino que se ve en la necesidad de incorporar aspectos nuevos y que no se encuentran en aquél: “¿Acaso nuestra teoría no reclama para sí el título de producir un estado que nunca pre-existió de manera espontánea en el interior del yo, y cuya neo-creación constituye la diferencia

9 Que es como traduce Laplanche (1987b) el término freudiano “versagung”.

esencial entre el hombre analizado y el no analizado?” (Freud, 1937a/1980, pp. 229-230).

Es el momento del vaivén a una teoría, más prudente, precavida, en la que pasa a priorizar la idea de que no siempre se van a poder resolver todos los conflictos y donde la cura se debe acompañar de otros factores. Se entiende que si se puede, se van a resolver algunas cosas y en el mejor de los casos, va a haber mejoría, y como dice Freud, queda la duda de cuánto se debe o no al destino (Freud, 1937a/1980).

El análisis del terapeuta

Desde lo anterior, se vuelve imposible la posibilidad de que haya un inconsciente emisor y un inconsciente receptor. No hay ya posibilidad de comunicación directa entre inconscientes. Por el contrario, entre el inconsciente del terapeuta y el del paciente hay escollos, obstáculos, o sea resistencias. En este punto el análisis del terapeuta se justifica para poder realizar una alianza con el análisis del paciente, evitando de este modo que las resistencias presentes en el paciente no obstaculicen la escucha del inconsciente (Freud, 1937a/1980).

Asimismo, como ya se vio, el terapeuta ha de adquirir convicciones y certezas sobre el dispositivo psicoanalítico. Es decir: si el paciente puede dudar, el terapeuta no. Lo importante a recalcar es que finalmente Freud advierte que no se puede desatender la persona del terapeuta, el que va teniendo tanta importancia como el método mismo.

Se trata de un terapeuta que más que interpretar ofrece “construcciones” (Freud, 1937b), entendidas como fragmentos reconstruidos del pasado que escapan a lo compulsivo. Es un cambio radical: ya no hay repetición sino que inevitablemente

hay remisión a lo inédito. Pero se trata de un punto paradójico: el analista proporciona su convicción de la existencia del inconsciente a través de construcciones “reales”. En otras palabras, la cura debe mantener un índice sólido de realidad que se contraponga al índice de realidad –igualmente sólido– del inconsciente del paciente.

Esta construcción la realiza el terapeuta. Entonces lo que el terapeuta pueda o no pensar es fundamental para la marcha de la terapia. Por tanto el análisis personal se va imponiendo de forma cada vez más perentoria a través y controlado por la Asociación Psicoanalítica (Roustang, 1980). Podría pensarse que paralelo al exceso de las resistencias que Freud va encontrando para la cura, se va imponiendo un exceso de lo institucional que se hace visible en la exigencia imperiosa del análisis personal que a su vez institucionaliza al analista.

El terapeuta comienza a ser concebido desde una distancia con el paciente que encubre cierta frialdad. No se considera imprescindible que él mantenga rasgos de empatía, piedad, conmoción o compromiso, por el contrario, Freud (1937a/1980, 1938/1980) recalca que lo que se necesita para ser analista radica básicamente en aspectos intelectuales. En este sentido señala que las interpretaciones surgen de las expectativas del terapeuta de acuerdo a la formación que recibió.

Punto interesante: las interpretaciones ya no surgen del inconsciente. De alguna manera son las expectativas que la propia institución se forma del analista. Si la cura del analista es la plena institucionalización de un terapeuta idealizado se sigue –inadvertidamente– en el terreno de lo compulsivo y lo repetitivo. Surge aquí la figura del didacta y del análisis didáctico, doble modelo de formación y de control que más allá de lo positivo que pudo significar, implicó confundir

institucionalmente la discrepancia con la transgresión y la duda con la disidencia¹⁰.

Quizás por eso las indicaciones del dispositivo van perdiendo relevancia a partir de 1937a y 1938, debido a que va tomando prioridad la necesidad de un terapeuta capaz de ofrecer un espacio diferente dentro de la cura. En definitiva, las llamadas “construcciones” implican una priorización de la posibilidad de actividad mental del terapeuta. Esto lleva a relativizar la “escenografía” psicoanalítica y en especial lo referente a la posición acostada en el diván, que ya no interviene en la regla fundamental. Lo importante sigue siendo mantener la asociación libre y la atención flotante.

Pero otra consecuencia fundamental es que para 1938 se termina definitivamente la asimilación del modelo de la cura con un modelo neurótico y sintomal, que se asemeja cada vez más a lo psicótico, lo persecutorio, lo incontrolable. En este sentido la obra de esta época: “Análisis terminable e interminable” parece resaltar un máximo de *escepticismo*, que se puede resumir en los siguientes puntos:

- Si existe cura esta es provisional. No hay curas definitivas ni exitosas.
- No todos los conflictos se resuelven en la cura y no todos se expresan en transferencia.
- Los conflictos que se pueden elaborar son los que aparecen solo en la terapia.
- Ya no hay “recorrido” por la memoria ni reminiscencia, sino actividad de construcción.
- Se agota la concepción de un Yo sano.

10 No es casualidad que Ferenczi (1997) haya redactado su *Diario Clínico* en secreto y en clave en el cual presenta fuertemente sus discrepancias y críticas a Freud, figura terrorífica. Balint, su discípulo, años después se ocupó de recomponerlo y publicarlo.

- Fracasa la concepción de que un corto análisis es suficiente para ser analista, se requiere el paso de pasar por un análisis especial.

Una consecuencia es que la teoría y la práctica se disocian, o dicho en otras palabras, que se pierden las cualidades de semejanza entre el dispositivo y las condiciones de estructurales del inconsciente, punto con el cual se comenzó este artículo.

Conclusiones

Creemos que las posturas optimistas y escépticas de la cura no implican un derrotero cronológico, sino que reflejan probablemente diferentes vaivenes entre un “mesianismo” terapéutico y una “decepción” inmanente a este. Por un lado, si la concepción de la terapia es optimista, se ha de definir necesariamente por metas. Metas exógenas a la terapia misma: por ejemplo, logros y objetivos que se van a reflejar en la vida. La terapia es causa de cambios en la vida. Pero desde una concepción más reservada, la terapia ya no se define por metas exógenas, sino por metas que tienen que ver con la terapia misma. La cura se define en la misma terapia.

Se dirá con razón que ambas posturas no son contradictorias y probablemente así sea. Pero no dejan de plantear alternativas y dispositivos diferentes. En uno, como ya se ha indicado, el dispositivo analítico es presentado recreando las condiciones estructurales del inconsciente, mientras que por el otro, el dispositivo está más cercano a la concepción de pacto analítico. La cuestión de la transferencia y la regresión es, por otra parte, altamente compleja y escapa a los límites de este ensayo. Por lo pronto queda abierta la cuestión sobre si el dispositivo crea la transferencia o la transferencia precede estructuralmente a aquél. Laplanche (1989), por ejemplo, alude justamente lo contrario a lo propuesto por Freud: el dispositivo no garantiza que

el inconsciente se manifieste enteramente, en el entendido de que el lenguaje genera un proceso de simbolización por el cual la representación-palabra (lo consciente) nunca podrá reintegrar enteramente en ella a la representación-cosa (lo inconsciente). Otro autor, Green (1984, 1990) por su parte dirá que el proceso psicoanalítico implica una redefinición de la distancia entre representación-cosa-representación-palabra y entre realidad psíquica-realidad material, es decir que estamos ante procesos inéditos que sobrepasan el par dispositivo-transferencia.

Lo príncipes de la indicación freudiana radica probablemente en que se vuelve imposible mantener conceptos simples y totalmente clarificadores entre lo que es realidad objetiva y realidad psíquica, entre lo que es inconsciente (representación-cosa) y lo que es preconscious-consciente (representación palabra) y de qué manera se crea y mantiene el dispositivo analítico de la cura.

Nuestra posición es que esta imprecisión no corresponde a dificultades conceptuales sino a realidades ambiguas y extremadamente complejas que superan formas de pensamiento binario

o contradictorio. Un punto fundamental en este sentido es que la obra freudiana impone una redefinición fundamental entre lo que se entiende por normalidad y patología, o dicho de otra manera, la noción de salud y enfermedad se vuelven obsoletas y por momentos indistinguibles.

Es posible que esta ambigüedad freudiana se refleje en su concepción del Yo: a veces parece un conquistador deseoso de imponerse como tal; pero por otro lado, semeja un ser frágil. Pasa así de ser grandilocuente a sufrir de un complejo de inferioridad atormentante. A su vez cabe preguntarse si algunas de estas dificultades remiten a atravesamientos culturales que Freud no supo advertir. Así cuando Freud habla de la *robustez* del yo, de los *dominios* del yo, opuesto a las funciones *anárquicas, ingobernables* e intratables del Ello, presenta sin advertirlo al Yo desde un principio masculino, llamado a dominar y conquistar a un principio femenino, anárquico y rebelde, radicado en el inconsciente. Lo que alude a la dicotomía de cómo a la transferencia (principio femenino desenfrenado) se le opone el rehusamiento (principio masculino, regulador). Es decir, a la “locura” femenina (paciente), se le opone un principio “educador”, masculino (analista).

Referencias

- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1994). *Los destinos del placer: alienación, amor, pasión*. Buenos Aires: Paidós.
- Baranger, W. (1971). *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Kargieman.
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferenczi, S. (1997). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1980). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1912b]. (1980): Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1913] (1980). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1914] (1980). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1915] (1980). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1926] (1980). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. En *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1933] (1980). La descomposición de la personalidad psíquica. En Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas*. Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1937a] (1980). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. [1937b] (1980). Construcciones en el análisis. *En Obras Completas*. T. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. [1938] (1980). Esquema del psicoanálisis. *En Obras Completas*. TomoXXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1984). *El lenguaje en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida-Narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1994). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1997). *Las cadenas de Eros-Actualidad de lo sexual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (2005). La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 2*. México: Siglo XXI.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Labor.
- Laplanche, J. (1987a). *Cubeta, la trascendencia de la transferencia. Problemáticas V*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (1987b). *El inconsciente y el ello. Problemáticas IV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Poch, J. & Ávila, A. (1998). *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Roustang, F. (1980). *Un funesto destino*. México: Premia.