

Cambios en la cultura y el psicoanálisis: Nuestra contemporaneidad nos interroga

Fanny Schkolnik

A modo de introducción

¿De qué manera nos planteamos la incidencia en el análisis de los cambios significativos que se han dado, particularmente en las últimas décadas, en el manejo del tiempo y el espacio, las diferentes formas de comunicación, los ideales y pautas culturales en relación con la sexualidad, o la estructura de la familia y de la sociedad en sus distintos ámbitos.?

¿Seguimos sosteniendo que los fundamentos teóricos de nuestra tarea así como el método y la técnica de trabajo responden a las propuestas freudianas que nacen en un mundo tan diferente?

¿Será que el método psicoanalítico no resulta el más apto para las características actuales de nuestra manera de vivir?

Y si encaramos de otra manera la práctica, ¿cual es el límite para decir que ya deja de ser análisis al trabajar en las fronteras más móviles y poco definidas de nuestra tarea?

¿Tendremos que apurarnos a decir que se acerca cada vez más a una psicoterapia?

Pienso que importa trabajar con éstas y otras preguntas para que nuestra disciplina se mantenga viva, sin desconocer lo más específico ni afirmar apuradamente que todo sigue igual.

Cambios e invariantes en la práctica analítica

El análisis no puede permanecer ajeno a las características de un mundo muy distinto al de los siglos XIX y XX. El manejo diferente del tiempo y el espacio, los cambios a nivel de ideales y pautas culturales, particularmente en relación con la sexualidad y la estructura de la familia y la sociedad, constituyen sólo algunos de los elementos a tener en cuenta. Esto ha dado lugar necesariamente a **cambios tanto en la teoría como en la técnica** y requiere una revisión de nuestra tarea práctica. También la ampliación del horizonte analítico en la clínica y el aporte de otras disciplinas han llevado a replanteos de diverso orden en el trabajo con pacientes, en los postulados teóricos acerca de la constitución del psiquismo y en las particularidades estructurales que se piensan en las distintas patologías.

Pero es cierto que **las propuestas más significativas de Freud permanecen como fondo común** de las distintas reformulaciones de la teoría y la clínica que se han hecho a partir de autores posteriores. ¿Podríamos decir entonces que es posible seguir sosteniendo la vigencia de los conceptos básicos freudianos que definen la especificidad del psicoanálisis? No cabe duda que la perspectiva desde la cual se ubicó frente a la enfermedad mental constituyó una ruptura importante respecto a los criterios que tendían a establecer una separación radical entre salud y enfermedad, entre lo normal y lo patológico. Planteos que chocaban con los que se manejaban en su época y que aún persisten en muchos ámbitos. El papel del inconsciente en la estructuración psíquica, la

consiguiente división entre instancias y el conflicto psíquico como propio de la condición humana, cambió radicalmente los conceptos de salud y enfermedad.

El conflicto psíquico sigue constituyendo un concepto fundamental en tanto supone el privilegio de la incidencia del inconciente y sus efectos en el psiquismo. Se plantea así la noción de un sujeto dividido entre distintas instancias y movido por el conflicto que se da entre ellas y en la relación con el otro. Conflicto que está en la base de los trastornos propios de las diferentes entidades psicopatológicas, pero también es constitutivo de la estructuración psíquica que resulta del necesario trabajo de la represión. Ya a partir de los planteos freudianos podemos afirmar que para el psicoanálisis lo enfermo no es la presencia de conflicto sino el fracaso, la imposibilidad de tramitarlo a través de un trabajo elaborativo que apunte a una mayor simbolización. Y el analista tendrá que trabajar también con sus aspectos “enfermos”, atendiendo a su inconciente que se pone en juego en el encuentro con el paciente. Es en este sentido que Freud se refirió a la necesidad de autoanálisis para evitar los efectos negativos de la contratransferencia, considerada por él en ese momento como un obstáculo en el trabajo con el paciente.

El concepto de inconciente en su carácter fundante del psiquismo y motor de todas nuestras realizaciones mantiene toda su vigencia. Pero la mayor experiencia en el trabajo con neurosis y patologías que desbordan sus fronteras nos ha llevado a pensarlo también desde nuevas perspectivas, teniendo en cuenta los efectos en el psiquismo de carencias que afectan la estructuración psíquica y que dan lugar a trastornos en las posibilidades de simbolización. Es en este sentido que Roussillon (2001) y Marucco (1998) se refieren a lo inconciente escindido, pensando en fallas de

la represión primaria que impiden las necesarias retranscripciones de vivencias traumáticas que sin embargo hacen marca en el psiquismo y producen efectos que se ponen de manifiesto en la clínica. Laplanche (2007), por su parte, habla de lo inconciente enclavado para referirse a esas vivencias que permanecen enquistadas a modo de cuerpos extraños, cuyo único destino es la repetición.

Estas nuevas perspectivas nos acercan a la comprensión de los modos de funcionamiento psíquico que desbordan el que se da por efecto de la represión y que constituyen una preocupación importante en la práctica del psicoanálisis contemporáneo por las dificultades a transitar en la clínica. No me refiero solamente a las llamadas patologías no neuróticas, sino también a lo que parcialmente encontramos en pacientes neuróticos, como expresión de lo que no ha quedado disponible al trabajo de la represión, que coexiste con las manifestaciones del retorno de lo reprimido secundariamente. En estos casos nos encontramos con un funcionamiento psíquico que catalogamos como arcaico y que se pone de manifiesto en el a posteriori de la clínica por una distorsión de diversa entidad de los parámetros de espacio y tiempo así como de la discriminación yo-no yo. El paciente oscila entre la angustia de intrusión y la de separación con el otro (Schkolnik (1998).

Con respecto a la valoración que hacemos actualmente de los **principales instrumentos del método** y el modo que los encaramos en la práctica, me parece importante repensar en el papel que le adjudicamos al encuadre, la transferencia y el trabajo de la interpretación, que constituyen los pilares en los que se sostiene el trabajo de análisis en la clínica.

El encuadre, si bien reúne conceptos ya planteados por Freud (1913), sin catalogarlo como tal, ha pasado a ocupar un lugar muy importante en cuanto a su papel de favorecer la instauración de una modalidad de relación entre el analista y el paciente que en gran medida incide en la posibilidad de crear un ámbito propicio para el análisis. Green (2003) destaca que cumple la doble función de liberar y a la vez poner límites al funcionamiento en sesión del paciente y el analista. Los límites están dados por la explicitación de los elementos fijos que enmarcan el ámbito de trabajo: el número y duración de las sesiones, la frecuencia, la modalidad de pago, las fechas de vacaciones, etc. Y por otro lado, con la asociación libre y la atención flotante se promueve la movilidad necesaria para los cambios buscados a nivel del psiquismo. Por otra parte pienso que la abstinencia, cumple en alguna medida el doble rol. Por una lado: habilita la movilidad y la emergencia del deseo inconsciente y por otro, también constituye un límite, tanto para el paciente como para el analista.

El trabajo con cada paciente requiere adecuar la puesta de límites a lo singular del vínculo. Y también la postura flexible tendrá que darse en el **trabajo con niños, adolescentes, psicóticos o grupos**, que nos convocan a establecer los límites más apropiados para cada una de esas situaciones y favorecer las mejores condiciones de análisis. **Importa tener presentes estos instrumentos del método sin quedar rígidamente aferrados a ellos, interrogando permanentemente la práctica en función de cada situación.**

Son muchas las preguntas que surgen en ese sentido. ¿Qué postura asumimos en cuanto a la frecuencia de las sesiones como condición de análisis? ¿Mantenemos la necesidad de alta frecuencia como lo mejor en todos los casos? ¿Qué consecuencias

podría tener esa alta frecuencia en el caso de pacientes que tienen fallas estructurales con riesgo de una desorganización favorecida por la movilización propia del análisis? ¿No tendremos que disminuir la frecuencia para no favorecer la indiscriminación? ¿Valoramos la posibilidad de la inconveniencia del uso del diván en esas u otras situaciones? Y por otro lado, ¿Qué criterios mantenemos con respecto al pago en vacaciones que no coinciden con las del analista o frente a las interrupciones de pacientes que viajan frecuentemente por requerimientos laborales, algo cada vez más frecuente en el momento actual? ¿Pensamos que con una postura flexible que atiende a lo singular de cada situación dejamos de trabajar en análisis? ¿O tendremos que poner el acento en otros límites sin que se pierdan los objetivos del análisis?

Sin duda que éstos y otros interrogantes nos llevan a temas polémicos, pero también necesarios de trabajar y discutir para redefinir los parámetros esenciales de nuestra práctica actual.

En cuanto a la **asociación libre**, hay que tener en cuenta que nos enfrentamos cada vez más con pacientes que en alguna medida desbordan el funcionamiento propiamente neurótico. Por eso es necesario en primer lugar valorar lo que implica una asociación libre útil, que supone la participación modulada del preconciente y el movimiento productivo del análisis. Cuando se trabaja con lo reprimido podrá darse una mayor porosidad preconciente-inconciente que habilita cambios estructurales a partir de una aproximación a lo inconciente y la posibilidad de resignificación a través de la palabra. Pero la situación es muy diferente cuando se trabaja con pacientes que presentan fallas importantes en la represión. En esos casos, muchas veces nos encontramos con una irrupción masiva de lo pulsional que requiere poner límites al desborde verbal que nos

llega como un torrente de palabras que no permiten el acceso al sentido. Otras veces, los pacientes nos enfrentan a un silencio ominoso que nos exige un importante trabajo con la contratransferencia para intentar vencer esa resistencia férrea con intervenciones más activas que surgen de nuestras vivencias contratransferenciales. O bien, están aquellos que con sus largas descripciones concretas de sucesos no dan lugar a ninguna posibilidad de acceso al sentido y nos exige redoblar nuestros esfuerzos, muchas veces infructuosos, para lograr la apertura a un registro fantasmático que les permita desprenderse parcialmente de lo real.

Importa tener en cuenta que las fallas estructurales no responden sólo a algo vivido en la historia individual sino que surgen en estrecha relación con acontecimientos y vivencias de generaciones anteriores, que dejan marcas transmitidas de generación en generación, tanto a nivel verbal como preverbal. Así lo han mostrado los diversos trabajos acerca de **lo transgeneracional**. Por supuesto, que no tenemos que pensar esta transmisión con un criterio de estricta causalidad. Todos sabemos que hay padres muy patológicos y familias manifiestamente patológicas, que tienen hijos que no son enfermos. Por otro lado, muchos pacientes graves tienen padres, abuelos y familias aparentemente muy bien constituidas, sin mayores patologías. Esto nos obliga a reinterrogarnos necesariamente respecto al peso de lo constitucional e investigar en ese sentido. Pero aún en el marco de la vertiente psíquica, hay que pensar en lo difícil que es establecer verdaderamente cuándo y cómo existieron esos traumas en el pasado. Porque lo traumático, tanto en la historia individual como en lo que proviene de generaciones anteriores queda muchas veces escindido, no aparece, está enmascarado, aunque de alguna manera también es actuado y produce sus efectos en el paciente que tenemos frente a nosotros. (Tisseron 1997). El trabajo de análisis nos convoca, en estos

casos, a buscar la manera de desbloquear en lo posible lo traumático inter y transgeneracional, que permanece desmentido y escindido.

La **atención flotante** requiere que el analista se acerque, en la medida de lo posible, a esa frontera que limita preconciente e inconciente y que lo lleva a aproximarse a su propio inconciente. Esto implica un movimiento de regresión tópica limitada que favorece la emergencia de fantasías, imágenes y recuerdos en el analista. Ubicación que supone transitar por un difícil borde, siempre a riesgo de caer en posturas inadecuadas para la tarea. Pero si bien es imprescindible un permanente trabajo del analista consigo mismo para que esa apertura al inconciente se oriente hacia la comprensión de lo que pasa en su paciente, en el caso de patologías graves se vuelve fundamental. Las importantes carencias a nivel del yo, en estos casos, requieren que la atención del analista esté disponible para desarticular ligazones patológicas y realizar la necesaria tarea de establecer nuevas ligazones y construcciones, que contribuyan a promover mejores condiciones para el análisis.

La abstinencia cumple también un papel fundamental en el trabajo de análisis, en tanto facilita la asimetría necesaria para que el paciente se acerque a lo desconocido de sí. La privación a que da lugar constituye un motor que favorece la emergencia del deseo inconciente y la tercerización del vínculo que siempre está a riesgo de caer en lo dual. Si no se mantiene la privación con estas características el análisis se desliza hacia el registro conciente-preconciente y hace difícil que se produzcan los verdaderos cambios estructurales. Pero ¿cómo se sostiene la abstinencia en situaciones, momentos o pacientes que requieren otro posicionamiento del analista? ¿Nunca contestamos preguntas manteniéndonos siempre en un silencio férreo? Si pensamos que la

abstinencia no implica distancia afectiva, como podría entenderse con la noción que suele manejarse habitualmente de neutralidad, sino una postura de investimento libidinal importante con el paciente y con el análisis, el analista manejará la relación con su paciente en función de su estilo personal y atendiendo a lo que se requiere en la situación transferencial para favorecer el trabajo del análisis.

Se ha hablado mucho, a propósito de la abstinencia, del riesgo de actuaciones sexuales del analista, que sin duda existe e importa tenerlo en cuenta. Pero poco se dice del riesgo de orientar al paciente hacia determinadas opciones en cualquier plano de su vida o de las dificultades de mantener la necesaria abstinencia respecto a sus ideas políticas, sus gustos, sus afinidades y su ideología en general. Hay que tener en cuenta que la palabra pronunciada en transferencia si bien tiene un efecto beneficioso para el análisis, también puede favorecer identificaciones narcisistas y situaciones de sometimiento del paciente (Schkolnik 1999). Las dificultades de mantener la abstinencia están vinculadas mayormente a las aspiraciones narcisistas del analista difíciles de manejar en una situación favorable para su despliegue. Aunque pueden darse también en relación a otros factores. Muchas veces las intervenciones del analista tienen el carácter de acto por la angustia que le provocan ciertas situaciones que se dan en el ámbito transferencial. .

En cuanto a la **transferencia**, pienso que la fantasmática que subyace a la actualización vivencial que se da con el analista tiene que ver con que el paciente encuentra a otro significativo que lo remite a vivencias con el otro de los orígenes que, como plantea Bollas (1987), tiene para el paciente el carácter de un objeto transformador. Bonnet (1991) por su parte destaca que la posibilidad de una

transferencia útil depende de la intrincación de las pulsiones de vida y muerte en la repetición de las vivencias propias de la relación originaria. En cuanto al trabajo que hacemos con la transferencia, actualmente hay distintas posturas. Algunos consideran que sólo se trabaja la transferencia cuando se interpreta el vínculo con el analista. Mientras que para otros incluye también la interpretación de lo que se actualiza en los distintos vínculos cuando el paciente está en análisis. Y hablamos entonces de transferencias. A mi modo de ver con este segundo criterio evitamos o disminuimos el riesgo de establecimiento de un vínculo dual con el analista y ampliamos el campo de trabajo atendiendo a las manifestaciones del inconciente en los distintos vínculos del paciente. A veces, de ser necesario, las interpretaciones apuntarán directamente a la relación con el analista, pero en otros momentos, se orientan a vínculos actuales en los cuales el paciente repite los conflictos relacionados con figuras significativas de su historia reeditando de alguna manera las vivencias que responden a marcas inconcientes sujetas a los avatares pulsionales. También importa tener presente que lo que se da en las transferencias no es una mera repetición de lo que se vivió en los vínculos originarios, porque lo que retorna ha sufrido necesariamente los efectos de desligazones y nuevas ligazones. En ese encuentro con otro nuevo significativo se abriría la posibilidad de reelaboración.

Con respecto a la **contratransferencia**, Macalpine (1950) hizo aportes importantes que produjeron un vuelco en las concepciones psicoanalíticas, dejando atrás la idea del analista – espejo que manejó Freud. (1912). Desde ese momento, fueron muchos los planteos en esa misma línea y hoy está muy lejos la idea de que el analista es sólo un continente vacío que refleja las proyecciones del paciente. Con este planteo estaríamos desconociendo los efectos de la movilización pulsional que se produce en el analista y

que le llegan también al paciente. En ese sentido, Baranger (1969) proponía la noción de campo analítico para referirse al movimiento importante de fantasías y representaciones de diverso orden que se daban en ambos participantes. También Racker (1981) ha contribuido a dejar de lado esa concepción de un analista que sólo refleja las proyecciones del paciente valorando particularmente los intercambios entre paciente y analista en el espacio del análisis. Por esos mismos años, Neyrault (1974) otorga un lugar importante a la contratransferencia al punto de iniciar su libro sobre transferencia afirmando que inclusive precede a la transferencia dado que el paciente establece una relación con alguien que ya se encuentra particularmente disponible y aprontado para favorecer el despliegue de lo transferencial. Por su parte Luisa de Urtubey (1994) señala que la movilización que la situación analítica promueve en el analista incluye sus propios fantasmas, las teorías que orientan su escucha y los restos transferenciales con sus propios analistas.

La concepción respecto a las características y el papel que juega la **interpretación** en psicoanálisis que a mi modo de ver refleja mejor nuestro modo de trabajar actualmente es la idea de una labor realizada por analista y paciente que implica cambios en ambos participantes e incluye, señalamientos, asociaciones, preguntas, hipótesis y construcciones del analista que surgen a partir del entrecruzamiento a nivel representacional y afectivo que se da en el análisis y que constituye un verdadero trabajo de simbolización entre dos. (Schkolnik, 2001). No se trata de develar sentidos inconcientes sino de facilitar la comunicación del paciente con lo desconocido de sí, provocando un movimiento interno favorecido por la transferencia y la situación analítica en su conjunto. Las interpretaciones tienen que ser consideradas más por sus efectos que por sus propias características, dado que no podemos establecer una relación

directa entre ellas y el cambio psíquico. Así lo plantea Bedó (1988) cuando dice que el insight no es nunca la consecuencia de la interpretación sino que siempre implica un trabajoso proceso de reelaboración.

Ese trabajo de interpretación que surge en el espacio del análisis formando parte de una secuencia de intervenciones del analista y de asociaciones del paciente implica entonces una tarea que por momentos apunta a la deconstrucción, buscando desarmar las construcciones más o menos coaguladas del paciente, pero también requiere la imprescindible labor de ligazón en la que juega un papel importante el yo del paciente para que pueda darse la necesaria reelaboración. Se intentan así establecer nuevas posibilidades asociativas que han sido obstaculizadas por la represión, la desmentida o la escisión, que al no haber habilitado suficientemente la tramitación psíquica de lo pulsional y la circulación del deseo dieron lugar a síntomas y trastornos de diverso orden.

Un punto a tener en cuenta para proponerle análisis a un paciente es el que tiene que ver con las **condiciones de analizabilidad**. Valoramos las características estructurales del psiquismo para ver las posibilidades del paciente de acercarse a las oscuridades respecto de sí mismo, a los enigmas que se esconden tras los ropajes de sus propias construcciones defensivas. Lo enigmático y desconocido de sí y del otro es fundante del inconciente y del psiquismo a lo largo de toda la vida, como plantea Laplanche (1987). Cuando las dificultades de procesamiento psíquico son muy radicales este desconocimiento termina siendo una barrera infranqueable que muchas veces constituye la única defensa para no caer en el derrumbe psíquico. En estos casos buscamos lograr una apertura a través de los efectos de la transferencia. Muchas veces fracasamos en el

intento, pero en otras ocasiones logramos que el paciente pueda acercarse a enfrentar sus oscuridades y sus límites para tramitarlos en alguna medida, ampliando el campo fantasmático que le permite un enriquecimiento psíquico y mayores posibilidades de realización como sujeto. (Schkolnik 2003). Pero hay que aceptar que cuando las fallas estructurales llegan a ser muy importantes nos enfrentamos a los límites del análisis, particularmente en el caso de pacientes que no están en condiciones de tolerar el borramiento transitorio de los límites entre el mundo interno y el mundo exterior que necesariamente se da en algún momento del proceso analítico. (M'Uzan 1994)

El paciente en análisis tendrá que tolerar cierta cuota de sufrimiento dado que el trabajo analítico supone enfrentar conflictos y situaciones dolorosas de la propia historia, como condición para habilitar el movimiento del deseo y el trabajo psíquico de aproximación a lo inconciente.. En este sentido, son interesantes los planteos de Benno Rosenberg (1991) que se refiere al “masoquismo guardián de la vida psíquica”, a partir de la noción freudiana de masoquismo primario erógeno, (Freud 1924). Rosenberg destaca que sólo con la suficiente intrincación de las pulsiones de vida y muerte puede darse la posibilidad de tolerar cierta cuota de sufrimiento. Situación muy diferente de la del masoquismo mortífero que implica un bloqueo de la pulsión de vida, como es el caso de muchos psicóticos y patologías graves en general, que invisten en forma masoquista todo sufrimiento.

El método que orienta nuestra práctica tiene entonces como **principal objetivo** crear las condiciones más apropiadas para que pueda darse el necesario procesamiento de lo que deja su marca en el psiquismo. Lo más patológico es lo que no cambia, lo que se repite en los síntomas, en las conductas, en los actos y en los vínculos, sin dar lugar a

cierto grado de transformación que permita acceder a nuevos sentidos a partir de lo que se expresa con palabras, gestos, actuaciones o síntomas de diverso orden. Y las limitaciones en el trabajo elaborativo a realizar entre paciente y analista dependerán de las posibilidades de vencer las resistencias del paciente, y a veces también del analista, para que pueda darse la necesaria resignificación.

En este sentido, los planteos freudianos acerca de la importancia del trabajo con las resistencias, fundamentalmente en el marco de la segunda tópica y la segunda teoría de las pulsiones, han abierto posibilidades de profundizar en los fundamentos metapsicológicos de las expresiones clínicas de lo que desborda la conflictiva esencialmente neurótica. Si bien el concepto de inconsciente que Freud (1915) plantea en la primera tópica da cuenta de lo reprimido, expulsado de la conciencia por intolerable, propio del funcionamiento neurótico, con la segunda tópica (1923) habilita los desarrollos de autores posteriores a partir del planteo de un sector inconsciente del yo, no reprimido, vinculado a las defensas y las identificaciones. Y el trabajo en estas fronteras del psicoanálisis ha llevado a diversas reformulaciones a nivel de la teoría y la técnica. Buscamos que el paciente pueda acceder a mayores posibilidades de subjetivación al reapropiarse de lo traumático, inconsciente y sexual, reprimido o escindido, no disponible a las necesarias traducciones. En ese marco transferencial propicio para la circulación de lo pulsional, en el cual están inmersos paciente y analista, transcurre el proceso de la cura dando lugar a múltiples y complejos movimientos que modifican las relaciones entre las instancias. Al enriquecimiento en el ámbito del sentido se suma el que se da en el plano de los afectos, así como los procesos de identificación y desidentificación que acompañan los cambios en la relación con el otro. Podríamos decir que apuntamos a una verdadera “neogénesis”, como

plantea Silvia Bleichmar (1999), con las limitaciones que imponen las resistencias que nos remiten a la “roca” que marca lo interminable del análisis (Freud 1937).

BIBLIOGRAFÍA

- BARANGER, W. Y M. (1969)-**Problemas del campo psicoanalítico** Bs.As.- Ediciones Kargieman
- BEDÓ.T. (1988)----- **Insight, perlaboración e intepretación** –RUP 68
- BLEICHMAR,S (1999)-----**Clínica psicoanalítica y neogénesis- Bs.As Amorrortu,**
- BOLLAS,C. (1987)-----**La sombra del objeto-** Bs. As.. Amorrortu
- Bonnet, G (1991)----- **La tranferencia en la clínica psicoanalítica** Bs. As-Amorrortu
- DE URTUBEY,L.-----**Le travail de contre-transfert** – En: 54 Congrès des Psychoanalystes de langue française de pays romans. –1994
- FREUD, S.
 ----- (1910) **Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica** T.XI- BsAs. –Amorrortu- 1981.
 ----- (1912) **(Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico-** T. XII- Bs.As. Amorrortu 1980
 -----(1913) **Sobre la iniciación del tratamiento-**T. XII Bs. Amorrortu -1980
 -----**(1915)Lo inconciente- En: Trabajos sobre metapsicología** TXIV Bs As. Amorrortu1976-
 -----**(1923) El yo y el Ello** T XIX BsAs. Amorrotu 1976
 -----**(1924) El problema económico del masoquismo-** T.XIX- Bs As. Amorrotu (2001)
 ----- **(1937) Análisis terminable e interminable-** T.XXIII-Bs.As Amorrortu -2001

- GREEN, A. (2003). **Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo**- B.s.As. Amorrortu. 2005
- HEIMANN, P. **On countertransference**. En: Int. J. Psa. T. XXXI- 1950
- LAPLANCHE, J. -----(1987) **Nuevos Fundamentos para el psicoanálisis**. Bs.As. Amorrortu-1989
- (1992) **La prioridad del otro en psicoanálisis**- Bs.As. Amorrortu- 1996
- (2007) **Sexual**- PUF- France
- MACALPINE, I. **The development of the transference**. En: Psychoanal. Q. XIX- 1950
- M'Uzan, M de. (1994) **La boca del inconciente**. Bs.As. Amorrortu- 1995
- NEYRAULT, M. **Le transfert**. 1974 Francia- Presses Universitaires -
- RACKER, H. (1981) **Estudios sobre técnica psicoanalítica**. Buenos Aires-Paidós
- ROSEMBERG,B.(1991)--- **Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida**- Valencia- Editorial Promolibro- 1995
- ROUSSILLON, R.-(2001)-----**Le plaisir et la répétition** -Paris- Ed. DUNOD
- SCHKOLNIK,F (1999)----- **¿Neutralidad o abstinencia?** En:. RUP 89
- Representación, resignificación y simbolización**
En: **Rev. de Psicoanálisis, Número Especial Internacional**. Bs. As. 1998-1999.
- (2001) -----**El trabajo de interpretación**- **Publicación interna de APU**
- (2003)-----**El pensamiento analítico** -Rev. Argentina de psicoanálisis

-Tisseron,S. (1997) **El psiquismo ante la prueba de las generaciones** Amorrortu
Bs As.

