

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2016.

# **Sobre el manejo de la contratransferencia en el ámbito de la interconsulta.**

Pozzi, María Antonella.

Cita:

Pozzi, María Antonella (2016). *Sobre el manejo de la contratransferencia en el ámbito de la interconsulta. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/208>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/t7b>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# SOBRE EL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL ÁMBITO DE LA INTERCONSULTA

Pozzi, María Antonella  
Hospital Tornú. Argentina

---

## RESUMEN

En el presente trabajo me propongo abordar el tema del manejo de la contratransferencia en el ámbito de la interconsulta. A dicho fin realizaré en primer lugar un recorrido a través de algunas de las principales acepciones de este concepto a lo largo de la historia del psicoanálisis. En segundo lugar expondré algunas características acerca de los pedidos de interconsulta en general y sobre qué debe tener en cuenta un equipo interconsultor a la hora de recibirlos. En un tercer momento trabajaré el tema de la contratransferencia como obstáculo, exponiendo por último estrategias, como la autoobservación del terapeuta y el humor a fin de lidiar con la misma.

## Palabras clave

Contratransferencia, Interconsulta, Obstáculo, Autoobservación, Humor

## ABSTRACT

ABOUT THE HANDLING OF COUNTERTRANSFERENCE IN INTERCONSULTATION

In the present work I intend to address the subject of countertransference in interconsultation. To this end I will review the main postures of countertransference that were adopted during the history of psychoanalysis. Secondly I will explain some characteristics of the interconsultation demands in general and what should an interconsultation team consider when receiving them. In the third place I will work on countertransference as an obstacle, exposing in the end some strategies, such as self monitoring on the therapist's side and humor to deal with it.

## Key words

Countertransference, Interconsultation, Obstacle, Self-Monitoring, Humor

## Introducción

La interconsulta o “medicina de enlace” es una práctica que no fue concebida en un inicio para los psicólogos, sino que fue iniciada en nuestro país por los psiquiatras psicodinámicos que trabajaban en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales a fines de los años 50. Sin embargo ya no es hace poco que los psicólogos nos encontramos realizándola. En el vínculo que se da en este recorrido entre psicólogo y paciente hemos encontrado amplias vicisitudes y no alcanzaría un solo trabajo para abarcarlas todas. Por esta razón en el siguiente trabajo pretendo abordar una arista específica de este vínculo: las manifestaciones contratransferenciales en el ámbito de la interconsulta.

## Desarrollo

*Diferentes concepciones acerca de la contratransferencia*

A fines didácticos y siguiendo el recorrido que Alejandro Vainer hace en su texto *“Contratransferencia y subjetividad del analista. Cien*

*años después”* (Vainer, 2010) reseñaré dos posiciones básicas respecto a dicho fenómeno: aquellas que la toman como un obstáculo del tratamiento y aquellas que la consideran como un instrumento para el mismo.

Dentro de las posturas que toman la contratransferencia como un obstáculo del tratamiento, mencionaremos primeramente la del mismo Freud, quien en 1910 en su texto *El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica* dice:

*“Se nos ha hecho visible la “contra-transferencia” que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente, y nos hallamos muy inclinados a exigir, como normal general, el reconocimiento de esta “contra-transferencia” por el médico mismo y su vencimiento”.* (Freud, 1910)

En este pasaje se nos hace clara la posición de Freud: la contratransferencia es un obstáculo a vencer que tiene que ver con el analista y no con el paciente. En concordancia con la perspectiva freudiana, al retomar el tema Lacan conceptualiza la contratransferencia como *“la suma de los prejuicios, de las pasiones y de las perplejidades del analista, incluso de la insuficiente formación del analista”* (Lacan, 1984), mostrándola también como un déficit de quien conduce el tratamiento. Otros autores clásicos como Otto Fenichel (1966) también conciben a la contratransferencia como una reacción ante la transferencia del paciente y refieren que debe ser eliminada a través del análisis didáctico.

En las antípodas de los autores anteriormente mencionados, a mediados del siglo XX autores de la escuela inglesa plantean a la contratransferencia como un instrumento del tratamiento. Paula Heimann, representante de dicha escuela dice *“La contratransferencia del analista es, no sólo parte esencial de la relación analista, sino que es creación del paciente. Ella es parte de la personalidad del paciente”* (Heimann, 1961). Para Hanna Segal (1989), discípula de Melanie Klein, la contratransferencia es una fuente de información y un elemento principal de la acción entre analista y paciente.

Aunque las dos posturas anteriormente ilustradas parecen contrapuestas, Vainer (2010) dice que tienen en común el hecho de concebir un analista “espejo” o completamente objetivo: en la segunda postura su subjetividad no se pondría en juego a la hora de analizar, ya que la contratransferencia sería producto exclusivamente del paciente, y en la primera postura, en caso de que su subjetividad se viese en sus “puntos ciegos”, los mismos tendrían que ser corregidos a través de su propio análisis. El analista objetivo o sin puntos ciegos es considerado por el autor como un ideal inalcanzable y que no refleja lo que ocurre en la clínica. Ante la insuficiencia de las posturas clásicas para comprender este fenómeno Vainer trata de sintetizar una nueva posición respecto al tema. Por un lado habla de la contratransferencia como algo inevitable: los terapeutas siempre reaccionamos ante nuestros pacientes, dice. La contratransferencia como obstáculo sólo sería una versión de aparición de la misma, debido a que habría también otras “reacciones”, otros tipos de fenómenos contratransferenciales como podrían ser las asociaciones, modelizaciones, teorizaciones, estados afectivos diversos y

ocurrencias. Todas estas manifestaciones pueden emerger como contratransferencia ante el encuentro con un paciente. El autor nos puede ayudar a ubicar entonces que pensar en contratransferencia como obstáculo es una mirada sesgada acerca de la misma, ya que una ocurrencia, una teorización o un estado afectivo como manifestaciones contratransferenciales pueden ser instrumentos para operar con el paciente. Incluso los obstáculos al prestarse al trabajo y reflexión pueden ser instrumento de acción. Para Vainer, la contratransferencia muchas veces se homologa a obstáculo, debido a que es sólo cuando la misma surge bajo esta presentación cuando es atendida por los analistas. Estas “molestias” que surgen en el encuentro con el paciente tienen para el autor dos destinos: por un lado se pueden resolver a través del análisis de la contratransferencia en la sesión, integrándolas con las asociaciones del paciente y profundizando el trabajo clínico. De no poderse lograr esto, estos sentimientos serán material para el análisis del propio analista o material para supervisiones.

Para Vainer la contratransferencia es aún más amplia que las reacciones de los analistas en los paciente, *“es la forma en que la subjetividad se pone a jugar en la situación clínica”* (Vainer, 2010) Pero, ¿qué hace a la subjetividad del analista? Según el autor *“La subjetividad del analista es tan visible como la “carta robada” del cuento de Poe. Está bien escondida a la vista de todos.”* (Vainer, 2010) Esto hace referencia a que aunque por lo general no se hable de la subjetividad del analista como variable que conforma la contratransferencia a nivel conceptual, todos pueden concebir qué hace al estilo particular de un analista al observarlo. Mencionaremos a continuación algunas cuestiones “técnicas” (y no tanto) que el autor señala como constitutivas de la subjetividad del analista: su vestimenta, sus gestos, sus formas de hablar, su lenguaje, su consultorio, la cantidad de información que transmite en el encuentro analítico, la información acerca del disponible en la web, etc. Si la contratransferencia es un encuentro de subjetividades, estas cuestiones determinarán el marco en el que se encuadra la trama transferencial y pueden devenir en contratransferencia. Esta propuesta es superadora del concepto de contratransferencia como reacción, y se centra en una perspectiva donde analista y analizante se modifican mutuamente en un encuentro intersubjetivo. Una aclaración no menor que el autor realiza es que los procesos contratransferenciales varían no solamente de acuerdo a la subjetividad del analista, sino al momento de la vida del mismo. La perspectiva evolutiva resulta entonces una variable fundamental a la hora de hablar de contratransferencia, atravesando transversalmente a todos quienes operan terapéuticamente.

Tomando como base la tercera perspectiva por crearla una integrativa y representativa de los encuentros clínicos es que emprendemos el camino de pensar cómo es que la contratransferencia se pone en juego en un ámbito tan particular como es el de la interconsulta en salud mental.

#### *Sobre el pedido de interconsulta*

Para Ferrari, Luchina y Luchina (1971) la interconsulta por lo general es expresada en términos ambiguos y poco significativos, y el motivo explicitado tiene poco que ver con el motivo latente de la interconsulta el cual viene enmascarado, siendo tarea del interconsultor develarlo. De la evaluación conjunta de estos criterios se desprenderán entonces las líneas de trabajo y estrategias terapéuticas. En algunos casos los tratamientos serán predominantemente farmacológicos, como por ejemplo en el tratamiento de los estados confusionales, y en otros adquirirán una vertiente más psicoterapéutica, como en la contención de estados de angustia. De esta

manera y siguiendo a los autores mencionados anteriormente, la conducción y organización de la enfermedad tiene que ser vista como el principal recurso terapéutico de los interconsultores.

#### *“A este no lo banco. ¿Hoy no hay que pasar, no?”: la contratransferencia como obstáculo al tratamiento*

Siguiendo a Vainer, anteriormente hablamos de cómo la contratransferencia se homologa a obstáculo, debido a que es cuando aparece como este tipo de manifestación cuando más la registramos. De acuerdo a mi experiencia clínica en interconsulta pude pensar algunas manifestaciones contratransferenciales que obstaculizan la posibilidad de tratamiento. Cuando el paciente nos despierta sentimientos “negativos” (luego aclararemos el entrecomillado) como odio, ira, rabia, impotencia, frustración, entre otros, puede ocurrir que querramos dejar de ir a verlo, o hacerlo a regañadientes. Sin darnos cuenta un día “se nos hizo tarde”, otro día “nos olvidamos de pasar”, al siguiente “seguimos de largo porque estaba dormido”, etc. Empezamos también quizá a sentir rechazo por los olores de la sala y la presentación de los cuerpos descarnados que la misma nos ofrece. En resumidas cuentas, todo para evitar un encuentro que versa entre la lucha y el agotamiento, y que deja al terapeuta “seco”. Otra manifestación puede ser la de querer imponer al paciente nuestro punto de vista porque “se tiene que curar” o porque “es lo que está bien”. Esto se suele dar en especial con paciente que no adhieren al tratamiento psicofarmacológico, y que tienen una actitud irreverente con respecto al mismo. Ferrari Luchini y Luchini (1971) dicen que la situación de interconsulta pone en acción tanto en médicos consultantes como en interconsultores el repertorio de sus habituales defensas inconscientes con el fin de hacer frente a la ansiedad. Estas defensas se pueden manifestar como mencionábamos anteriormente, con una huida del contacto personal utilizando, por ejemplo, la vía escrita para comunicarse con el paciente. Otra reacción puede ser el funcionamiento estereotipado por parte del profesional, perdiendo la visión global del fenómeno centrándose en un todo una explicación ora biologicista, ora psicológica pero en términos absolutos. Otra defensa que los autores conceptualizan es el uso de diagnósticos prematuros, presuntivos y por lo general insuficientes.

La cuestión aquí será ver cómo hacer para no quedar atrapado en lo que Lacan llamaría una relación imaginaria, del yo del terapeuta al del paciente. Como dice Marlats (2004) en el Seminario Sobre la Carta Robada:

*“la jugada a través de lo imaginario tiene un límite, que no se puede ir muy lejos en esta relación imaginaria yo a yo en el análisis. Para poder operar con la palabras y tener posibilidades de obtener una acción eficaz en el psicoanálisis hay que ir más allá de lo imaginario, es decir a lo simbólico.”* (Marlats, 2004, p.24).

La actuación directa sobre los sentimientos “negativos” que el paciente despierta “retaliando” contra él representa por un lado el hecho de perpetrarse en una relación imaginaria con respecto al mismo, perdiendo la asimetría inherente que el lugar de terapeutas conlleva. Por otro lado, si volvemos a las concepciones de contratransferencia revisadas más arriba, esta actuación directa sobre los propios sentimientos negativos evidenciaría un manejo transferencial del tipo del que realizaban los autores de la escuela inglesa. Debido a ciertas particularidades en la estructuración del campo de la interconsulta que trabajaremos en el próximo apartado (en especial relativas al encuadre), considero que la adopción de esta postura no resulta beneficiosa para el armado de un vínculo de confianza y seguridad, que todo proceso terapéutico necesita como sustento, conocido hoy en día como alianza terapéutica. Sin alianza

terapéutica no habrá posibilidad de modificación de la problemática del paciente, ya sea a nivel conductual o más estructural de la personalidad. Además, hoy en día son muchas las investigaciones que encuentran una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (Botella, Corbella 2011) por lo que creemos que la devolución de la contratransferencia sin procesar sería perjudicial para el establecimiento del vínculo.

#### *La estructuración del campo de la interconsulta*

Según Ferrari, Luchini y Luchini (1971) el campo de la interconsulta se estructura de la siguiente manera: existe un campo dinámico entre el médico y el paciente. Del lado del paciente los autores lo llaman campo de transferencia y del lado del médico contratransferencia. Para ellos los fenómenos contratransferenciales que se visibilizan en la interconsulta son los mismos que operan en toda psicoterapia, sin embargo ha sido poco y mal considerados en las terapias médicas. La diferencia entre el encuadre psicoterapéuticos tradicional y lo que ocurre en el contexto de la interconsulta tiene que con que en este último los fenómenos transferenciales y contratransferenciales actúan de manera tácita, y que a diferencia de la psicoterapia psicodinámica, donde siempre se los reconoce y se opera con ellos, aquí no son reconocidos ni manejados de forma científica.

Como anticipamos más arriba, explicaremos por qué hemos utilizado el entrecorillado al pensar la contratransferencia como "obstáculo". Un punto en el cual nos parece importante hacer hincapié es en que los sentimientos de odio, ira, rabia, impotencia, frustración experimentados por el analista no son un problema en sí mismos. Estos podrían ser englobados en la categoría de estados afectivos contratransferenciales que postulaba Vainer. La contratransferencia como obstáculo no surge con el registro de estos sentimientos, sino cuando se acciona sobre ellos de las maneras mencionadas más arriba: escapando, forzando al paciente, etc. No son los sentimientos lo negativo en sí: lo negativo es la falta de procesamiento de los mismos y la adopción de "reacciones terapéuticas negativas" que devienen de no pensar acerca de lo que se nos despierta ante estos pacientes. En este punto es importante señalar que no utilizo el término reacción terapéutica negativa como resistencia del ello y que se ubica del lado del paciente (Freud, 1923), sino que pensamos en una "reacción terapéutica negativa" como una reacción del médico o terapeuta que no se encuentra mediatizada por el pensamiento y responde a los intensos sentimientos suscitados en éste debido a la transferencia del paciente, siendo esta reacción negativa por el impacto deletéreo sobre el vínculo entre las dos partes.

Retomando la noción de Vainer de contratransferencia como la forma en que la subjetividad del analista se pone en juego en la situación analítica nos preguntamos. ¿Cómo hacer entonces con esta contratransferencia que algunas veces funciona como obstáculo para que devenga en una herramienta para el tratamiento? Sin dudas las técnicas que cada terapeuta pueda aplicar variarían de acuerdo a los sentimientos que se le despierten ante el encuentro con el paciente, pero también según sus características personales. Podemos abordar dos estrategias importantes para trabajar con el tema de los sentimientos contratransferenciales negativos. Por un lado la vigilancia de los estados que se le suscitan al terapeuta en el encuentro con el paciente y el análisis de los mismos. Siguiendo en la línea de la postura que ve los sentimientos contratransferenciales como algo creado en el campo intersubjetivo del paciente y el terapeuta, podemos plantear que los mismos en algunos momentos tienen que ver con lo que le sucede al paciente, y en algunos momentos remiten al terapeuta a puntos ciegos de su personalidad.

Para lidiar con el primer caso resulta fundamental poder referenciar o supervisar el caso. La referencia puede ser realizada con profesionales de más experiencia dentro del servicio. La función de esta instancia será la de aplazar el impulso de devolver la hostilidad la rabia o el enojo que el paciente proyecta en el terapeuta, propiciando un momento para pensar la problemática de manera conjunta con los colegas, y asesorados por profesionales con múltiple y diferente experiencia en el ámbito. El beneficio de la referencia es que se realiza pocos momentos tras ocurrida la situación, a diferencia de lo que ocurre con la supervisión. Pensamos la supervisión como un espacio más formal de revisión del caso en una perspectiva longitudinal. Si bien es verdad que muchas de las cuestiones contratransferenciales exige una respuesta rápida, poder convocar a una instancia de supervisión cumple también la función de poder detenerse a pensar el caso en perspectiva e incorporar nuevas líneas de trabajo con los afectos suscitados por el paciente. En el caso de que los sentimientos contratransferenciales que provoca el paciente en el terapeuta refieran más evidentemente a cuestiones no resueltas de este último, será fundamental el trabajo del tema en la propia terapia.

Otro recurso muy interesante a utilizar la manejar la contratransferencia en interconsulta es el uso del humor. Haworth (2011) revisa el interés de los autores psicoanalíticos por el humor a lo largo de la historia. Refiere a Freud y a Winnicott como algunos de los clásicos que destacaron la importancia del mismo, a pesar de lo haber teorizado específicamente sobre el tema. Según la autora, fue Martin Grotjahn quien primera vez teorizó sobre el humor en el año 1949, considerándolo una herramienta terapéutica para el analista. Este autor pensaba que el humor podía ampliar la tolerancia del analista a las emociones traumáticas y dolorosas del paciente. Esto resulta fundamental, debido a que el humor resultará aquí una herramienta para poder modular los sentimientos contratransferenciales negativos, y permitirle al terapeuta posibilidad de maniobra no quedan anclado a ellos: devolverle al paciente con humor una queja o una demanda reiterada, mostrándole a través de esta herramienta lo tediosa que resulta la misma puede tener efectos diferentes que mostrarle un enojo irrefrenado ante su eterna insatisfacción. Grotjahn también refería que en circunstancias particulares el humor podía crear una conexión afectiva que resultara efectiva cuando el paciente expresaba afectos como el dolor, terror y la ansiedad aguda. Aquí vemos que el humor puede generar un canal permeable entre ambas partes, paciente y terapeuta, valorizando la comunicación de los estados negativos (odio, ira) para que los mismos no queden solo en querellas y demandas, sino que puedan ser comprendidos por el terapeuta plenamente en su significado. También según Grotjahn el humor ayudaría al analista a protegerse de una oleada emociones tóxicas, permitiéndole así proteger a ambos individuos en la diada de efectos abrumadores, propiciando un ámbito de disfrute en el desorden que implica la situación. Esta función resulta fundamental para evitar el burn out del terapeuta de enlace, que por lo general recibe un gran caudal de interconsultas. Haworth refiere que aunque en un momento las ideas de Grotjahn resultaban marginales, las mismas fueron pioneras por el énfasis que pusieron en esta preservación del analista.

Más allá de la recapitulación hecha por la autora del humor en psicoanálisis a lo largo de la historia, la misma brinda su propia concepción del humor. Para ella resulta un matiz cualitativo diferenciado del desarrollo de la mente e implica un logro previo, el de una distancia autoobservadora y reflexiva que permita abordar la experiencia de uno mismo y de los demás. De esto resulta muy interesante que la condición previa del humor sería la auto-

observación. Esta cuestión ha sido mencionada más arriba como estrategia básica para trabajar sobre la contratransferencia. Si el terapeuta no puede detenerse a observar y reflexionar sobre lo que está ocurriendo no podrá poner en marcha los complejos procesos cognitivos y simbólicos que implica el humor, y que serán, en el mejor de los casos, el ticket de salida de una situación transferencial adversa. Por último querríamos destacar una observación Haworth que dice que los analistas que utilizan el humor en psicoterapia no son aquellos con encuadres ortodoxos, sino aquellos que piensan el vínculo paciente analista en términos de intersubjetividad: sólo así se puede dar lugar al humor en psicoterapia. Esto coincide con lo que planteamos más arriba acerca de un campo intersubjetivo como aquel donde se despliegan las manifestaciones transferencial y contratransferenciales.

### Conclusión

Como hemos podido apreciar a lo largo del trabajo, los sentimientos contratransferenciales negativos o contratransferencia como obstáculo se presentan en el terapeuta en el ámbito de interconsulta como lo hacen también dentro del consultorio. Lo que varía es las reacciones a las cuales dan lugar, las cuales toman modalidades especiales condicionadas por el contexto de encontrarnos trabajando fuera del ámbito del consultorio: la evitación total de la visita del paciente, el espaciamiento de las visitas, el rechazo de las cuestiones inherentes a las situaciones de enfermedad física (rechazo a los olores, a la sala, etc). De lo recorrido rescatamos por un lado la función de ordenamiento y organización de la enfermedad que el equipo interconsultor trae: no se trabaja solo con el paciente sino con toda la dinámica que lo rodea (médicos, familiares, enfermeros), los cuales también se ven afectados por los sentimientos de odio, ira y tristeza que expresa el paciente, pero que no tienen las herramientas para vehicularlos de manera positiva y que lleve a un estado de mayor salud. Por otro lado resulta fundamental recalcar que no son en sí los sentimientos que expresa el paciente lo negativo. Lo negativo según hemos postulamos devendría de una devolución no mediada de estos sentimientos al paciente, sin la posibilidad de procesamiento de los mismos. Para realizar este procesamiento, las herramientas que hemos expuesto de autoobservación y humor resultan recursos de salud interesantes, que dan lugar a un abordaje innovador del padecimiento.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Anzieu, D. "La transferencia paradójica: De la comunicación paradójica a la reacción terapéutica negativa" en *Psicoanálisis* Vol. II n01. Año 1981.
- Botella, L., Corbella, S. "Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico". *Boletín de Psicología*. No 101. Marzo 2011. Disponible en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf> al 17/11/2015.
- Fenichel, O. (1966) *Teoría general de las neurosis*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Ferrari, Luchina y Luchina (1971) *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Freud, S. (1910) "El porvenir de la Terapia Psicoanalítica" en *Obras Completas* Vol.8. Ed. Orbis. Buenos Aires
- Freud, S. (1923) "El yo y el ello" en *Obras Completas*. Vol. 15 Ed. Orbis. Buenos Aires.
- Haworth, E. (2011) Un asunto muy serio: el humor en psicoanálisis. *Revista Psicoanálisis*. Número 9. Editora SPP. Disponible en <http://www.revistapsicoanalisis.com/un-asunto-muy-serio-el-humor-en-el-psicoanalisis/>
- Heimann, P. "On Countertransference" en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Vol 4. 1961-1962.
- Lacan, J. "Intervención sobre la transferencia" en *Escritos I*. Ed. Siglo XXI, México, 1984.
- Marlats, M. Teórico: Seminario sobre la Carta Robada. *Psicoanálisis Escuela Francesa*. Cátedra I. 1er cuatrimestre de 2004. Disponible en [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/electivas/francesa1/material/Cartarobada.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/francesa1/material/Cartarobada.pdf) al 17/11/2015.
- Segal, H. (1989) *La obra de Hanna Segal. Un enfoque kleiniano de la práctica clínica*. Buenos Aires. Ed. Paidós
- Vainer, A. "Contratransferencia y subjetividad del analista. Cien años después." en *Revista Topia: Psicoanálisis sociedad y Cultural*. Abril de 2010.